FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1888 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE MERCREDI 7 MARS 1888, A 1 HEURE

Par Raymond JOULIARD

NÉ A PUGET-VILLE, LE 23 OCTOBRE 1857

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

DU CANCER DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

NÉOPLASMES DES GLANDES SALIVAIRES

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges MM. DAMASCHINO, professeur.
DEJERINE, REYNIER, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.......... M. BROUARDEL.

Professeurs................	MM.
Anatomie..	FARABEUF
Physiologie......................................	Ch. RICHET.
Physique médicale................................	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale............	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale......................	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales............	BOUCHARD.
Pathologie médicale..............................	DAMASCHINO. DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale..........................	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique............................	CORNIL.
Histologie.......................................	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils..........................	DUPLAY.
Pharmacologie....................................	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale...............	HAYEM.
Hygiène..	PROUST.
Médecine légale..................................	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés....................	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie........	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale............	N...
Clinique médicale................................	SÉE (G.). POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladies des enfants.............................	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.................................	BALL.
Clinique des maladies nerveuses..................	CHARCOT.
Clinique chirugicale.............................	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophtalmologique.........................	PANAS.
Clinique d'accouchements.........................	N...
Clinique des maladies syphilitiques..............	FOURNIER.

Professeurs honoraires : **MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT**

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GUEBHARD.	PEYROT.	REYNIER.
BLANCHARD.	HANOT.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	RIBEMONT-DESSAI[GNES]
BOUILLY.	HANRIOT.	POUCHET.	ROBIN (Alb[ert])
BRISSAUD.	HUTINEL.	QUENU.	SCHWARTZ
BRUN.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	SEGOND.
BUDIN.	JOFFROY.	RAYMOND.	TROISIER
CAMPENON.	KIRMISSON.	RECLUS.	VILLEJEAN
CHAUFFARD.	LANDOUZY.	REMY.	
DEJERINE.	MAYGRIER		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions [é]mises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme pro[pres] à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

L'histoire des tumeurs des glandes salivaires est loin d'être entièrement connue. Si, grâce à leur fréquence, les tumeurs de la parotide sont décrites depuis longtemps, celles des glandes sublinguale et sous-maxillaire ont été peu étudiées, à l'exception du groupe si connu de tumeurs liquides que l'on désigne sous le nom de grenouillettes. Rarement, en effet, on a l'occasion de rencontrer des tumeurs solides de ces deux glandes; c'est à peine si l'on connaît quelques cas d'adénomes de la sublinguale dont les autres tumeurs solides, de nature épithéliomateuse, ont été étudiées par Margnat, qui en a tracé, en 1877, une description, basée sur six cas, dans sa thèse inaugurale écrite sous l'inspiration de M. le professeur Verneuil.

L'étude des tumeurs solides de la glande sous-maxillaire est encore moins avancée. Talazac, en 1839, et Bouheben, en 1873, lui ont consacré leurs thèses inaugurales, mais la pénurie des documents ne leur a permis de donner de ces tumeurs qu'une description d'ensemble, forcément incomplète et en quelque sorte schématique.

Cependant, depuis cette époque, les observations s'étant multipliées, il est devenu possible d'écrire séparément l'histoire de chaque grande classe de tumeurs solides qui se développent primitivement dans la glande. Déjà, en 1879, dans un mémoire présenté à la Société de chirurgie, Nepveu avait donné des adéno-chondromes de la sous-maxillaire une description complète fondée sur une dizaine de cas. Plus rarement observés, les adénomes n'ont pas été jusqu'ici l'objet d'un travail spécial, mais ne diffèrent pas assez des tumeurs précédentes pour mériter une étude particulière : ils constituent, en effet, avec les chondromes, la classe des tumeurs solides bénignes de la glande sous-maxillaire.

Restent les tumeurs malignes dont l'étude n'a été qu'ébauchée, faute de documents suffisants, dans les deux thèses citées plus haut. Or, dans le cours de nos quatre années d'internat, nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Marchand, et à l'hôpital Saint-Louis, dans celui de M. Péan, deux malades qui présentaient des tumeurs primitives de la région sous-maxillaire, dont le siège glandulaire a été démontré, et dont la nature maligne a été parfaitement reconnue au microscope. Fait assez curieux : ces deux tumeurs, que leur évolution clinique semblait ranger l'une dans la classe des tumeurs malignes, l'autre dans celle des tumeurs bénignes, l'histologie les a rapprochées en faisant de la première un sarcome, et de la seconde un épithéliome. En réunissant ces deux cas, dont les hasards de la clinique nous avaient fait le témoin, et un troisième encore inédit, aux faits analogues que nous

avons pu recueillir, nous avons essayé, dans cette thèse inaugurale, de constituer, à l'aide de ces documents, l'histoire des tumeurs malignes de la sous-maxillaire pour compléter, dans la mesure du possible, l'étude des tumeurs solides primitives de cette glande. Nous nous proposons de limiter cette étude à celles des tumeurs malignes qui se développent primitivement dans la glande, les seules qui présentent de l'intérêt, et négligerons à dessein les tumeurs qui l'envahissent secondairement par contiguïté : ganglions sous-maxillaires ayant eux-mêmes subi la dégénérescence cancéreuse secondaire, cancer de la langue et du plancher de la bouche, cancer de la parotide, ortéosarcome du maxillaire inférieur. Nous nous servirons indistinctement des expressions de tumeur maligne et de cancer, et décrirons sous ce nom le carcinome, l'épithéliome et le sarcome primitifs de la glande, en donnant au mot de cancer son sens clinique le plus large, qui comprend toutes les tumeurs susceptibles de récidiver et de se généraliser.

Qu'il nous soit permis, au début de ce travail, d'adresser nos remerciements à tous nos maîtres des hôpitaux, et ceux qui, à l'École de médecine de Marseille, nous ont donné les premiers éléments de notre instruction chirurgicale, et à nos maîtres des hôpitaux de Paris, MM. C. Paul, Félizet, Kirmisson, Reynier, qui n'ont cessé de nous prodiguer des marques de bienveillance pendant que nous étions leur externe.

Il nous est particulièrement agréable d'acquitter notre dette de reconnaissance envers les chefs de ser-

vice dont nous avons été l'interne : MM. Marchand, Campenon et Rengrueber.

Que M. le Dr Péan, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne pendant près de deux ans, reçoive le témoignage du profond attachement que nous lui avons voué.

Pendant l'année que nous venons de passer dans le service de M. le Dr de Saint-Germain à l'hôpital des Enfants-Malades, il nous a été donné d'apprécier chez notre dernier maître, des qualités que chacun se plaît à reconnaître. Sa spirituelle bonhomie et ses conseils toujours si pratiques sur tout ce qui a trait à la chirurgie des enfants, nous avaient doublement attaché à son service. Qu'il soit assuré de notre entière reconnaissance.

Nous sommes heureux de pouvoir remercier publiquement M. le professeur Fournier, qui nous avait déjà fait profiter, pendant une année d'externat, de son savant enseignement clinique et didactique, et qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il reçoive ici le témoignage de notre vive gratitude.

HISTORIQUE

Jusqu'au commencement de ce siècle, il n'est fait aucune mention des tumeurs malignes des glandes sous-maxillaires. La propagation si fréquente, aux ganglions qui l'entourent, des cancers de la face et de la bouche, explique suffisamment la tendance des anciens auteurs à ne voir, dans les tumeurs malignes de la région sous-maxillaire, que des dégénérescences ganglionnaires, toujours consécutives à un cancer du voisinage.

Boyer (1), le premier auteur classique qui ait consacré un chapitre aux tumeurs de la glande sous-maxillaire, a surtout en vue sa dégénérescence squirrheuse. Mais il n'a vu et opéré que des cancers secondaires des ganglions qui refoulaient la glande et lui adhéraient intimement, sans lui avoir fait subir la transformation squirrheuse dont il ne nie pas, d'ailleurs, la possibilité.

Velpeau (2) ne se contente pas de douter de l'existence du cancer de la sous-maxillaire, il la nie absolument

(1) *Traité des maladies chirurgicales*. T. V, p. 211.
(2) *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, T. III, p. 561.

et refuse tout caractère d'authenticité aux observations de cancers de la glande, qui ne sont pour lui que des cancers des ganglions avoisinants.

Cependant, en 1818, Larrey (1) opérait avec succès un malade de 40 ans, d'une tumeur squirrheuse de la région sous-maxillaire, « lobulée et d'aspect glanduleux, qui menaçait sérieusement l'existence par la compression qu'elle exerçait sur les organes du cou, et qui était parvenue au degré où la dégénérescence cancéreuse commence ordinairement. »

En 1835, Goyread (d'Aix) (2) fit aussi avec succès l'ablation de la parotide et de la sous-maxillaire cancéreuse. Mais il est très probable que le début du néoplasme avait eu lieu dans la première de ces glandes.

Quelques années après, Larrey (3) faisait à l'Académie des sciences un rapport sur un mémoire de Colson (de Noyon), où se trouve décrite la façon dont il extirpa une tumeur de la région sous-maxillaire de nature squirrheuse, coïncidant avec un cancer de la lèvre inférieure et proéminant dans la cavité buccale. L'opération ayant laissé une excavation considérable sous la mâchoire, dont la face interne était entièrement dénudée, Colson explora cette cavité, et put se convaincre, à sa grande surprise, qu'il n'existait plus sous cet os aucun corps glanduleux, et que la tumeur enlevée, qu'il croyait formée par un groupe de ganglions lymphatiques dégénérés secondairement, n'était autre que la glande sous-

(1) *Clin. chir. du Val-de-Grâce*, t. II, p. 91 et suiv.
(2) *Lancette française* 1839, t. I, p. 14 et 22.
(3) *Compte rendu des séances hebdomadaires*. Vol. XII. p. 880.

maxillaire, recouverte d'une coque fibreuse épaisse et reconnaissable à sa forme ovoïde et à son aspect lobulé. Qu'étaient devenus les ganglions sous-maxillaires? Colson ne le dit pas. Mais la glande a certainement été atteinte secondairement, soit par propagation directe du cancer de la lèvre, soit à la suite de la dégénérescence cancéreuse des ganglions de la région.

En 1839, Petrunti (1) extirpait, chez un homme de 25 ans, une tumeur de la région sous-maxillaire « circonscrite et d'aspect malin » qui, une fois enlevée, « présentait les caractères d'une masse molle, spongieuse et encéphaloïde. »

Dans son Atlas, Gluge (2) décrit une tumeur squirrheuse de la glande sous-maxillaire, observée par lui en 1847, chez un malade qui mourut d'une pneumonie double sans avoir été opéré.

En 1849, Jobert (de Lamballe) (3) extirpait un cancer encéphaloïde primitif de la région sous-maxillaire dont il put reconnaître le siège et l'origine exclusivement glandulaires.

Les faits que nous venons de rapporter restèrent isolés et ne furent réunis que vingt ans plus tard dans la thèse de doctorat de Talazac (4) qui, sous l'inspiration de M. le professeur Verneuil, tente une description des tumeurs de la glande sous-maxillaire et ajoute aux exemples de cancers que nous venons de rapporter, une

(1) *Gaz. méd.* 1839, p. 122 et 123.
(2) *Atlas der pathologische histologie*, p. 58.
(3) *Gazette des Hôpitaux*, 1849, p. 18.
(4) *Les tumeurs de la glande sous-maillaire.* (Th. de Paris, 1869.)

observation recueillie dans le service de M. Verneuil et relative à un squirrhe primitif de la glande. Il cite également un cas analogue où l'opération fut faite par Demarquay, mais cette observation, qui tient en quelques lignes et ne donne sur la tumeur aucun détail clinique ni anatomique, n'a d'autre valeur que celle qui s'attache au témoignage de ce chirurgien.

Dans l'article « Glande sous-maxillaire » du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, paru en 1872, Hénocque (1) ne mentionne que trois cas de tumeurs primitives de la glande, deux cas d'enchondrome et le cas de carcinome primitif rapporté par Gluge. Nous sommes surpris de lui voir garder le silence sur les observations rapportées dans la thèse de Talazac, dont il n'était pas sans avoir pris connaissance.

Dans une autre thèse faite en 1873, et également inspirée par M. Verneuil, Bouheben (2) étudie les tumeurs de la région sous-maxillaire, mais plus spécialement au point de vue des opérations qu'elles réclament. Il décrit les procédés qui ont été suivis et s'étend longuement sur celui de M. Verneuil. Il rapporte cependant une nouvelle observation du cancer primitif de la sous-maxillaire, et cite un recueil allemand (3) où se trouvent seulement mentionnés, sans aucune autre indication, deux cas de cancers de la glande.

(1) *Dictionnaire encyclodédique des Sciences médicales*, V, 2e série, p. 252, 1872.

(2) *De l'extirpation de la glande et des ganglions sous-maxillaires.* (Th. de Paris, 1873.)

(3) *Schmidth's Jarhbücher*, 1855, T. LXXVI, p. 242.

Depuis l'apparition de cette thèse, aucun travail, à l'exception de celui de Nepveu sur l'adéno-chondrome, n'a été fait sur les tumeurs solides de la glande.

Dans la cinquième édition de son livre, parue en 1877, M. le professeur Richet ne consacre que quelques lignes à cette affection. « Il est rare, dit-il, que la glande sous-maxillaire soit envahie par le cancer; le plus ordinairement ce sont les ganglions environnants qui deviennent le siège du mal, et il ne manque pas d'exemples qui témoignent qu'alors même qu'on avait cru d'abord avoir extirpé la glande, on n'avait cependant enlevé que des ganglions. J'ai cependant entendu Blandin affirmer qu'il avait, lui, réellement enlevé une fois la glande sous-maxillaire malade, mais que cette opération avait été extrêmement laborieuse; il avait acquis, par la dissection, la certitude que c'était bien la glande elle-même qui avait été extirpée. »

D'après des renseignements fournis ultérieurement par M. le professeur Richet et consignés dans la thèse de Bouheben, la tumeur était de nature carcinomateuse. Quelque regrettable que soit l'absence de détails sur cette tumeur, nous ne doutons pas un instant, sur la parole de l'éminent chirurgien, qu'elle ne fût véritablement un cancer de la glande sous-maxillaire.

M. Tillaux dit simplement que, comme toutes les glandes à grappe, le sous-maxillaire est susceptible de subir, quoique très rarement, la dégénérescence cancéreuse et sarcomateuse.

Le même auteur consacre, dans un autre ouvrage, quelques pages au diagnostic différentiel des tumeurs

bénignes de la glande, mais passe volontairement sous silence celui des tumeurs malignes.

Tous les auteurs classiques consacrent un chapitre aux tumeurs de la glande sous-maxillaire, et énumèrent, plus ou moins longuement, les symptômes qui appartiennent à ces tumeurs malignes, mais leur description, toute théorique, ne repose pas sur des observations et ne s'écarte pas de la symptomatologie banale du cancer. C'est ainsi que Nélaton ne donne des tumeurs de la glande sous-maxillaire qu'une courte description d'ensemble, et que Després, affirmant l'origine, dans la glande sous-maxillaire, de certains cancers du cou, sans en citer toutefois un seul exemple, dit qu'on reconnaît ces sortes de tumeurs aux signes propres au cancer glandulaire.

D'autres auteurs, parmi lesquels M. le professeur Duplay et M. Kirmisson, comprennent, dans une même description, les tumeurs de la sous-maxillaire et de la sublinguale qu'ils englobent sous le nom de tumeurs du plancher de la bouche. Mais la description des tumeurs malignes de cette région est fort brève : le professeur Duplay ne cite que le cas de Jobert, et M. Kirmisson ne donne qu'une courte description de l'épithélioma et a plus spécialement en vue celui que Margnat a décrit dans la glande sublinguale.

M. Delorme, auteur de l'article *Salivaire* du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, datant de 1882, ne mentionne qu'une nouvelle observation de Scheaf (1), relative à un lympho-sarcome de

(1) *Lancet*, 1877, I, p. 864.

la glande, et confondant toutes les tumeurs solides de cet organe dans une description unique, ne fait une exception qu'en faveur de l'enchondrome qu'il décrit séparément.

En somme, nous ne trouvons dans les auteurs que des descriptions sommaires des tumeurs malignes de la glande sous-maxillaire tout à fait insuffisantes pour nous permettre d'en écrire l'histoire. Mais les recherches auxquelles nous nous sommes livré, nous ont fait découvrir quatre nouvelles observations. La première, publiée en 1883, en Italie, par Griffini et Trombetta (1), est relative à un chondro-carcinome primitif de la glande. La seconde, due au professeur Gross (de Nancy) (2), a trait à un chondro-sarcome primitif de la sous-maxillaire. Enfin, la thèse de Pérochaud (3), parue en 1885 et faite à un point de vue presque exclusivement anatomo-pathologique, nous offre deux observations d'épithélioma primitif et de sarcome de la glande.

A ces quatre observations, nous ajouterons trois autres cas, dont deux ont été observés par nous pendant notre internat : l'un en 1884, dans le service de M. Péan, alors suppléé par M. Rengrueber, et déjà publié (4), et l'autre en 1885, dans le service de M. Marchand. Le troisième, qui date de la fin de 1886, nous a été gracieusement communiqué par M. Terrillon et

(1) *Arch. per le Sc. med.*, 1883, t. VII, fasc. I, p. 71 et suiv.

(2) *Revue méd. de l'Est*, Nancy, 1886, t. XVIII, p. 51.

(3) *Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires.* (Th. de Paris, 1885.)

(4) *Courrier médical*, 1884, p. 435.

a été recueilli par son interne, notre collègue et ami M. Jacquinot.

En résumé, si nous écartons les observations de Goyrand et de Colson, dans lesquelles la sous-maxillaire a été envahie secondairement par un cancer de la parotide, de la lèvre inférieure ou des ganglions sous-maxillaires, ainsi que les cas de Blandin et de Demarquay simplement mentionnés par le professeur Richet et par Talazac, il reste 14 observations plus ou moins détaillées qui vont nous servir de base à la description qui va suivre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

MACROSCOPIE

Les caractères macroscopiques des diverses variétés de tumeurs malignes de la sous-maxillaire ne sont pas assez dissemblables pour légitimer une description distincte; aussi ferons-nous précéder l'étude anatomo-pathologique de ces tumeurs, de quelques généralités sur les caractères macroscopiques qui leur sont communs.

Siège. — Noté 10 fois sur 14, le siège de la tumeur a été 6 fois à gauche et 4 fois à droite. Cette légère prédilection pour le côté gauche n'est qu'apparente, car dans 4 observations, nous manquons de renseignements sur le côté malade.

Volume. — La comparaison qui revient le plus souvent dans les observations est celle d'un œuf de poule. Une seule fois, plus petit et égal à la moitié d'un œuf, il a atteint dans deux cas celui d'une orange et des deux poings, et, dans un troisième, il avait pris des proportions si considérables que la tumeur fut jugée inopérable.

Forme. — De forme ovoïde ou irrégulièrement arrondie, la tumeur s'est présentée, pendant le cours de l'opération, sous l'aspect d'une masse plus souvent lobulée que régulière, plus ou moins nettement circonscrite, mais à limites presque toujours indécises. Les tumeurs circonscrites étaient entourées d'une sorte de capsule fibreuse, généralement peu adhérente aux parties voisines et à la substance même des tumeurs que l'on a pu énucléer avec une grande facilité, tandis que celles dont les limites étaient moins précises, se trouvaient dépourvues de toute espèce de membrane d'enveloppe, et se confondaient avec les tissus voisins dans lesquels elles envoyaient le plus souvent des prolongements. Elles présentaient en outre un pédicule situé à leur partie postérieure.

Coupe. — A la coupe, les tumeurs offraient un aspect et une consistance entièrement subordonnés à leur nature. Rougeâtre et molle dans le cancer et le sarcome encéphaloïdes, la substance de la tumeur était gris blanchâtre et criait sous le scalpel dans le carcinome squirrheux. L'épithélioma avait tantôt la consistance normale de la glande, tantôt au contraire la dureté d'un myôme utérin. Dans deux cas, les canaux excréteurs dilatés formaient des petites cavités tantôt vides, tantôt remplies d'une matière semblable à du pus. Enfin, dans deux observations (obs. I et III), la tumeur n'occupait pas toute l'étendue de la glande dont on pouvait reconnaître à l'œil nu les caractères tranchant, comme aspect et consistance, avec le reste de la tumeur. Mais cette inégalité d'aspect et de consistance ne tenait pas

toujours à l'intégrité d'une portion plus ou moins grande de la glande; elle provenait, dans l'observation II, de la structure complexe de la tumeur dont les éléments carcinomateux et cartilagineux, inégalement répartis, donnaient aux deux tiers de la tumeur l'aspect rougeâtre et la consistance molle du cancer encéphaloïde, et à l'autre tiers, la couleur gris blanchâtre et la dureté du chondrome. Une autre tumeur, de structure également complexe (obs. VII), devait, au contraire, à la répartition uniforme du tissu cartilagineux dans toute son étendue, un aspect uniformément blanchâtre et une consistance régulièrement dure.

Organes voisins. — Leur participation au néoplasme a été très variable et s'est presque exclusivement limitée au maxillaire, aux ganglions sous-maxillaires et à la peau.

1° Maxillaire inférieur. — L'adhérence de la tumeur au maxillaire existait dans la moitié des cas environ. Le plus souvent faible et limitée au périoste, elle n'était intime que dans l'obs. IX, et comprenait toujours une portion notable de la branche horizontale correspondante. Celle-ci n'a été réellement envahie qu'une fois, dans l'obs. X.

2° Parties molles. — a) *Ganglions sous-maxillaires.* — Dans presque toutes les observations où l'on a noté l'état des ganglions sous-maxillaires, on a reconnu qu'ils étaient englobés dans le néoplasme, et si intimement confondus avec lui, qu'il était très difficile ou impossible d'en retrouver les vestiges. Cette participation des ganglions aux tumeurs malignes de la glande

est inévitable, et s'explique naturellement par leur situation dans la même loge aponévrotique et leur contact immédiat avec le tissu glandulaire, que les plus petits pénètrent, en quelque sorte, en s'insinuant entre les lobules dans l'épaisseur du tissu conjonctif qui les sépare. Cependant, dans deux observations, il a été possible de reconnaître l'existence distincte d'un groupe de ganglions plus ou moins altérés qui occupaient la partie postérieure ou interne de la tumeur. Dans la première (obs. II), on a trouvé deux ganglions lymphatiques, de la grosseur d'un petit pois et paraissant normaux à la coupe, enfoncés dans un petit peloton de tissu cellulo-adipeux, situé à la partie postérieure de la tumeur. Dans le tissu cellulo-fibreux unissant la tumeur au maxillaire, existaient deux autres ganglions plus gros, commençant à être envahis par la tumeur. Dans l'observation qui nous est personnelle (obs. VI), on reconnaissait parfaitement, en arrière de la tumeur, deux ganglions rougeâtres, hypertrophiés et indurés, contenus dans une épaisse coque fibreuse.

b) *Peau.* — Les téguments qui recouvraient la tumeur avaient, dans la majorité des cas, conservé leur intégrité. Trois fois, ils contractaient avec elle des adhérences, sans être cependant enflammés; une seule fois (obs. VI), la tumeur avait ulcéré la peau en deux points et proéminait sous la forme de deux gros champignons arrondis, séparés par une languette de peau ; le reste de la peau recouvrant la tumeur était rouge et adhérent.

c) *Canal de Warton.* — Sa participation à la tumeur n'est indiquée qu'une fois dans l'obs. II.

d) *Glande sublinguale.* — Il n'est fait mention dans aucun cas des altérations de la glande sublinguale. Mais elle était certainement envahie par le néoplasme dans l'observation précédente. Il paraît en effet impossible que le canal de Warthon soit pris sans que la glande sublinguale correspondante soit en même temps altérée. Du reste, la contiguïté et quelquefois la continuité des deux glandes expliquent leur envahissement réciproque par leurs tumeurs malignes. Dans l'obs. I, elle était seulement repoussée du côté de la cavité buccale, où elle faisait une saillie considérable.

e) *Glande parotide.* — Elle n'a été envahie que dans un cas où la tumeur avait acquis des proportions considérables.

f) *Muqueuse buccale.* — Elle a toujours été respectée et est restée indépendante de la tumeur, même dans les trois cas où celle-ci proéminait dans la bouche.

g) *Vaisseaux.* — Les gros vaisseaux du cou n'ont été comprimés que dans deux observations où la tumeur avait acquis un volume considérable (obs. II et V). Dans la première, on reconnut, au cours de l'opération, qu'elle avait envahi la gaine des vaisseaux carotidiens et que la carotide externe, dont on dut faire la ligature, était presque entièrement comprise dans la tumeur.

h) *Nerfs.* — Nous n'avons trouvé aucun exemple de compression ou d'envahissement de gros cordons nerveux. L'hypoglosse a toujours été refoulé, mais n'a jamais adhéré à la tumeur. Dans l'obs. II, l'anse de l'hypoglosse était intimement unie à la tumeur, et dut être coupée.

i) *Voies aériennes.* — Le larynx et la trachée n'étaient comprimés qu'une seule fois (obs. XI).

k) *Voies digestives.* — Le pharynx et l'œsophage n'ont jamais subi de compression.

Organes éloignés. — L'autopsie, pratiquée dans quatre observations, n'a montré qu'une fois, dans l'obs. II, relative à un chondro - carcinome, l'existence d'une généralisation du néoplasme dont les noyaux secondaires avaient envahi la partie moyenne du maxillaire inférieur, la plèvre et les poumons.

Le maxillaire inférieur, sain dans la portion correspondant à la tumeur primitive, c'est-à-dire de l'angle de la mâchoire à la canine gauche, était tuméfié dans l'étendue de 2 cent. environ au niveau de la symphyse du menton. Cette tuméfaction, distincte quoique très voisine de la tumeur primitive, paraissait occuper le corps de l'os et faisait saillie sur ses deux faces, mais elle ne s'étendait que sur la partie supérieure de la branche horizontale dont elle avait détruit le bord alvéolaire en respectant ses deux tiers inférieurs. Les incisives comprises dans la portion tuméfiée dépassaient d'un demi-centimètre le niveau des dents voisines. La muqueuse gingivale qui recouvrait la tumeur était rouge et ramollie, mais non ulcérée. La section de l'os démontra que la portion tuméfiée était constituée par le même tissu mou et rougeâtre de la tumeur primitive.

La généralisation ne s'était pas arrêtée là et avait envahi les ganglions cervicaux et bronchiques, ainsi que la plèvre et les poumons. Mais, chose curieuse, la

tumeur s'était reproduite sous forme de carcinome dans le maxillaire et les ganglions cervicaux et bronchiques, tandis que les poumons, les noyaux carcinomateux étaient rares, et la plupart d'entre eux étaient constitués par une substance cartilagineuse.

MICROSCOPIE

Toutes les variétés anatomiques des tumeurs malignes ont été rencontrées dans la glande sous-maxillaire, nous allons les passer successivement en revue.

1o *Carcinome*

Si le carcinome est fréquent dans la glande mammaire, il paraît au contraire très rare dans les glandes salivaires. Le professeur Duplay n'en connaît que quelques cas authentiques dans la parotide, où il est encore plus rare que l'épithéliome.

Il paraît n'avoir jamais été rencontré dans la glande sublinguale. La glande sous-maxillaire fait cependant exception à cette règle, puisque le carcinome y a été observé aussi fréquemment que le sarcome, c'est-à-dire, dans plus du tiers des cas, cinq fois sur quatorze, trois fois sous la forme des quirrhe, et deux fois sous celle d'encéphaloïde.

a) *Squirrhe.* — L'examen histologique manque dans l'obs. XI, et n'est relaté que d'une façon sommaire dans l'obs. IX. Il a été fait, au contraire, plus minutieusement dans l'obs. I, due à Gluge, citée et admise sans conteste par tous les auteurs comme un exemple de squirrhe primitif de la glande sous-maxillaire. Nous

croyons devoir le rapporter, malgré la brièveté des renseignements histologiques qu'elle fournit.

Observation I. — *Squirrhe de la glande sous-maxillaire.*

Homme âgé de 62 ans. Je l'examinai le 5 décembre 1847. La tumeur occupait à peu près la place de la glande sous-maxillaire gauche; elle ne dépassait pas de beaucoup la grosseur d'un œuf de poule, quoique mal délimitée, et était appliquée sur la mâchoire inférieure. Pourtant, la tuméfaction considérable au niveau du frein de la langue permettait de diagnostiquer avec certitude une dégénérescence de la glande. Au-dessous du lobule de l'oreille, on sentait un ganglion lymphatique induré. L'ouverture de la bouche ne pouvait s'effectuer que dans une étendue peu considérable ; peu de douleurs.

Mort le 5 février 1848, à la suite de pneumonie et d'hépatisation grise des lobes inférieurs des deux poumons. Un seul point jaunâtre et induré, de la grosseur d'un pois, se trouve sur la plèvre viscérale du poumon droit.

Le poids de la tumeur est d'environ 150 grammes. Elle remplit exactement l'espace occupé par la glande sous-maxillaire et adhère intimement à la branche horizontale du maxillaire inférieur, qui n'est pas atteint par le néoplasme ; elle pénètre ensuite, sur une petite étendue, entre les tendons et les muscles qui s'insèrent sur le bord inférieur du maxillaire, et comprime l'artère faciale dont la lumière est pourtant libre. La peau qui recouvre la tumeur est adhérente, mais non enflammée.

Dans la tumeur, se trouvent quelques cavités du volume d'une noisette et remplies d'une masse semblable à du pus. Ces cavités ne sont autres que des canaux excréteurs dilatés des lobules de la glande, ainsi qu'on peut le voir d'ailleurs par l'introduction de petites sondes.

Ce liquide est composé de cellules épithéliales remplies de corpuscules graisseux, de cellules graisseuses isolées, de cellules cancéreuses et de cristaux de cholestérine.

En certains points de la tumeur, on peut voir nettement la structure acineuse de la glande, surtout au voisinage du canal de Warthon. La substance de la glande, au niveau des lobules de terminaison, est normale ; le restant est de dureté cartilagineuse, de couleur gris jaunâtre, et est composé de cellules rondes à noyau unique et d'un volume de $\frac{1}{70}$ à $\frac{1}{100}$ de millimètre, tandis que les lobules de terminaison de la glande ont, à l'état normal, $\frac{6}{100}$ de millimètre, et ont en plus des noyaux à leur surface interne. Quelques cellules sont dépourvues de noyau ; les cellules et les fibres fusiformes sont rares.

La tumeur du frein de la langue, dont nous avons déjà parlé, était causée par la glande sublinguale gauche, qui était repoussée en haut, mais intacte. J'ai considéré à tort cette tuméfaction comme étant le conduit excréteur dilaté de la glande atteinte du squirrhe.

b) *Encéphaloïde*. — Les détails histologiques manquent dans l'obs. due à Jobert (obs. VIII), et abondent, au contraire, dans l'observation suivante, rapportée par Griffini et Trombetta, et relative à un chondro-carcinome qui s'était généralisé et s'était reproduit dans des régions à la fois voisines et éloignées. Malgré sa longueur, nous rapportons *in extenso* cette observation, dont la traduction très fidèle a été faite par M. Lombardi, externe des hôpitaux, que nous remercions de son obligeance.

Observation II. — *Chondro-carcinome primitif de la glande sous-maxillaire.*

Histoire clinique. — Il s'agit d'une femme âgée de 56 ans qui entra à la clinique de Messine le 11 décembre 1880.

Rien d'intéressant dans ses antécédents. Aucun de ses parents n'a eu de tumeur. Mère de dix enfants, dont sept en

bonne santé, deux morts en bas âge, de convulsions, et un mort de fièvre à un âge un peu plus avancé.

Il y a seize ans, aussitôt après un accouchement, la malade s'aperçut qu'au-dessous et un peu en dessus de l'angle gauche de la mâchoire inférieure, il s'était formé une petite tumeur du volume d'une amande. Cette petite tumeur, très mobile, toujours indolente, resta stationnaire jusqu'il y a six mois, et n'augmenta de volume ni à la suite des accouchements suivants, ni à l'époque de la ménopause, qui eut lieu il y a quatre ans. Il y a six mois, sans cause appréciable, la tumeur, devenue assez douloureuse, commença à croître et acquit,en peu de temps, le volume qu'elle présente aujourd'hui.

L'état actuel de la malade est le suivant : Femme de moyenne taille, bien constituée. Intégrité de tous les organes. Pas de ganglions lymphatiques engorgés, ni au cou ni en d'autres parties du corps. Au niveau des quatre incisives inférieures, la gencive est tuméfiée, rouge, mais non indurée. La région sus-hyoïdienne est le siège d'une grosse tumeur qui dépasse en bas de quelques centimètres les limites de la région, s'appuie en dedans sur le bord externe du cartilage thyroïde, sans faire corps avec lui, est en contact en dehors avec le sterno-cléido-mastoïdien, avec lequel elle ne contracte pas d'adhérence, et, en haut, englobe l'angle gauche de la mâchoire,avec lequel elle fait corps et s'étend jusqu'à la partie inférieure de la région massétérine.

Il est plus difficile de déterminer les limites postérieures de la tumeur. Elle s'enfonce en arrière dans les tissus du plancher de la bouche et de la région latérale du cou sans qu'on en puisse voir très nettement les limites. A la simple inspection, on ne voit aucune excroissance anormale dans la cavité buccale, mais en parcourant avec le doigt le plancher de la bouche, on sent, vers l'angle de la mâchoire, un corps arrondi, de consistance fibreuse, qui adhère à l'os et semble faire corps avec lui ; de plus, au niveau du canal de Warthon, on sent un cordon fibreux qui se dirige en arrière vers la base de la langue. Le bord alvéolien est tout à fait normal ; la peau qui recouvre la tumeur est aussi normale et glisse facilement sur elle. La surface de la tumeur est lisse et régu-

lièrement convexe, à l'exception d'un petit tubercule saillant, vers l'angle de la mâchoire, et de deux autres petites nodosités qui font saillie dans le voisinage du cartilage thyroïde ; elle est généralement dure et de consistance fibreuse, mais un peu plus dure et de consistance presque cartilagineuse au niveau des nodosités citées plus haut. L'aiguille à acupuncture, poussée avec force, la traverse de part en part sans rencontrer en aucun point de résistance osseuse ou des lamelles de tissu calcifié. Au niveau de la branche horizontale de la mâchoire, l'aiguille, poussée horizontalement de dehors en dedans vers le plancher de la bouche, est arrêtée par l'os, qui paraît normal.

Le plus grand diamètre de la tumeur est oblique et s'étend du bord supérieur du cartilage thyroïde à la branche montante du maxillaire inférieur ; le diamètre transversal, au niveau du bord inférieur de la mâchoire, mesure huit centimètres de longueur, et le diamètre vertical neuf centimètres.

Diagnostic. — Quant au diagnostic clinique, en dehors des nombreuses considérations qui nous ont servi à le poser, nous noterons seulement cette particularité que, pendant que nous étudiions ce cas par nous jugé très intéressant, dès le début, un nouveau fait est survenu qui, selon nous, devait jeter une vive lumière sur le diagnostic.

Depuis le 20 décembre, après quelques légères douleurs le long de la branche horizontale gauche de la mâchoire, on commença à remarquer une tuméfaction dans la portion de mâchoire correspondant à la gencive sur laquelle on avait noté de la tuméfaction et de la rougeur à l'entrée de la malade à la clinique.

Cette nouvelle tumeur de la symphyse du menton envahit, en peu de jours, toute la partie de la mâchoire comprise entre les deux premières petites molaires, et fit saillie en avant dans le sillon mento-labial et en arrière du côté de la base de la langue. En même temps, l'arcade alvéolaire correspondante commença à se ramollir, et les incisives inférieures devinrent si mobiles qu'elles paraissaient prêtes à tomber.

Entre la nouvelle tumeur et la première, il n'y avait aucune connexion ; le toucher ne faisait découvrir aucune indura-

tion, soit le long de la mâchoire, soit dans les parties molles en dehors et en dedans d'elle. Après l'apparition de cette seconde tumeur, la malade devint triste, silencieuse et presque hébétée; elle mangeait sans appétit et ne quittait le lit qu'à regret.

Or, quelle relation pouvait-il y avoir entre les deux tumeurs? La dernière était-elle indépendante de la première ou s'étaitelle formée à ses dépens? Puisque l'examen direct excluait une propagation par contiguïté de tissu, soit par la voie de l'os, soit par celle des parties molles visibles, il n'y avait qu'à admettre une propagation à distance, qui, dans le cas actuel, n'avait pu être possible que par la voie des vaisseaux ou par celle du nerf. Or, comme la tumeur de la partie médiane du maxillaire avait l'aspect d'un sarcome, comme il n'y a que cette espèce de tumeur qui puisse rester stationnaire pendant de longues années et prendre ensuite un développement rapide et envahir, par la voie des vaisseaux, les tissus plus ou moins éloignés, sans infecter les ganglions lymphathiques voisins, nous n'avons pas hésité à porter le diagnostic de *chondro-sarcome* de la glande sous-maxillaire, avec développement de sarcome secondaire dans la partie médiane de la mâchoire inférieure.

Ce diagnostic une fois établi, nous nous décidâmes pour l'opération qui ne pouvait naturellement se borner à l'ablation de la tumeur seule, mais devait comprendre toute la partie médiane de la mâchoire déjà malade et toute cette partie englobée par la tumeur qui ne pouvait être, en aucune manière, épargnée. On décida, en conséquence, d'enlever la tumeur et la portion du maxillaire inférieur comprise entre la seconde molaire droite et la dernière molaire gauche, en séparant de ce côté la branche horizontale du maxillaire de sa branche ascendante.

L'opération fut faite sans chloroformer le malade. Pour perdre le moins de sang possible, on fit tout d'abord la section de l'os au moyen de deux petites incisions parallèles au bord de la mâchoire, dans les points extrêmes indiqués plus haut; on fit ensuite une seconde incision qui, en réunissant les deux précédentes, suivait à droite le bord de la mâchoire,

passait sur la partie la plus saillante de la tumeur et en gagnait l'extrême limite postérieure en se courbant en haut jusqu'à arriver presque au lobule de l'oreille ; une autre incision croisait la précédente presque à angle droit et se portait en bas jusqu'à la limite inférieure de la tumeur.

Après dissection très facile des lambeaux cutanés, nous passâmes à l'ablation de la portion de la mâchoire déjà mobilisée et de la tumeur qui y adhérait, en enlevant du plancher de la bouche et des parties profondes du cou tous les tissus qui nous semblaient suspects. L'opération fut extrêmement laborieuse; la tumeur n'était limitée par aucune capsule fibreuse, englobait complètement la glande sous-maxillaire s'étendait le long du canal de Warthon et envoyait des prolongements vers les gros vaisseaux du cou. La gaine des vaisseaux carotidiens était déjà envahie, la carotide externe était presque entièrement comprise dans la tumeur. Un grand nombre d'artères et de veines furent coupées entre deux ligatures; on lia la carotide externe et on coupa l'anse du grand hypoglosse. La plus grande partie de la dissection fut faite au moyen d'instruments mousses et plus spécialement à l'aide de deux petites pinces. On lia préalablement toutes les parties qui paraissaient contenir des vaisseaux.

L'hémostase définitive obtenue en liant avec des fils de catgut fort les vaisseaux de petit calibre, on lava la très vaste plaie d'abord avec de l'eau phéniquée à 5 °/₀ et ensuite avec le liquide hémostatique de Capodieci, et l'on ferma la plaie cutanée au moyen de vingt points de suture à points séparés. La partie inférieure de la cavité buccale fut remplie avec une assez grande quantité de coton phéniqué; la langue fut retenue à l'aide d'une anse de fil d'argent qui, après avoir traversé sa base, fut à son tour liée à la portion de mâchoire épargnée.

Malgré toutes les précautions employées, la perte de sang fut assez considérable ; la malade était très abattue et tendait à l'assoupissement. Transportée dans son lit, on lui donna du vin et du bouillon. Une heure après l'opération, il sort de la bouche du sang mélangé de salive et de mucus en assez grande quantité pour salir plusieurs serviettes. On enlève le

coton et on en met d'autre imbibé du liquide de Capodieci ; la transsudation sanguine cesse. La malade ne peut prendre qu'un peu de lait et ne peut parler que par signes ; elle fait comprendre qu'elle se sent suffoquée; la langue est à sa place.

Le soir, elle se sent très mal, avale avec peine; le pouls est petit, fréquent et peut à peine être compté, la respiration est stertoreuse. On administre une potion excitante.

La malade passe une très mauvaise nuit. A la visite du matin, nous trouvons la respiration plus stertoreuse que le soir, le pouls est à peine perceptible, une sueur froide et visqueuse couvre son corps. La mort arrive à 9 h. et demie, c'est-à-dire 22 heures après l'opération.

Il n'est pas facile de donner de la mort de la malade une explication suffisante : elle n'est certainement pas due à l'hémorragie ni à l'acide phénique; elle a été probablement causée par l'épuisement nerveux. (Schok.)

Autopsie. — Faite 24 heures après la mort.

Aspect extérieur. — Teinte cadavérique de la peau. Nutrition générale encore bonne. Aucune difformité du squelette. Rigidité cadavérique des membres inférieurs et du membre supérieur gauche.

Tête. — Cuir chevelu et péricrâne normaux. La forme du crâne est dolichocéphale. Sutures normales. Rien d'anormal dans le contour de la cavité cranienne, si ce n'est la dure-mère assez épaissie, mais d'aspect lisse et resplendissant. Pas de caillot dans le sinus longitudinal supérieur. Légère exsudation séreuse dans la pie-mère qui est un peu opaque en certains points.

Abdomen et Thorax. — Parois abdominales et thoraciques normales. Nombreuses et fortes adhérences entre les plèvres pariétales et viscérales des deux côtés, entre la plèvre et le péricarde. Un peu de liquide jaune citron, transparent, dans les deux cavités pleurales. Péricarde et liquide contenu normaux. Notable quantité de graisse sous le péricarde. Dans le ventricule gauche, sang fluide et noir; les oreillettes droite et gauche paraissent distendues et contiennent de gros caillots fibrineux et des grumeaux de sang. Cœur assez augmenté de

volume. Semi-lunaires de l'aorte et de la pulmonaire suffisantes. Orifices auriculo-ventriculaires normaux. Les parois du ventricule gauche sont augmentées d'épaisseur et mesurent 10mm. à la base, 13mm. à la partie moyenne et 6mm. vers la pointe ; celles du ventricule droit sont normales. Valves de la mitrale assez épaissies ; normales celles de la tricuspide, ainsi que celles de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Plaques athéromateuses sur l'origine de l'aorte. Couleur brune de l'endocarde du ventricule gauche.

Le poumon gauche présente sur sa face antérieure et postérieure de nombreux noyaux durs, grisâtres, et dans son épaisseur on reconnaît à la palpation des noyaux semblables. Sur une coupe, ils ont un aspect cartilagineux ; quelques-uns cependant, moins durs et gris rougeâtres, offrent une surface de section granuleuse. En outre, le lobe supérieur présente de l'emphysème et le lobe inférieur un peu d'œdème. Des adhérences anciennes réunissent les lobes du poumon droit ; à sa surface et dans son épaisseur existent les mêmes noyaux notés dans la plèvre et le poumon gauche. Emphysème du fond antérieur et foyers de pneumonie catarrhale dans le lobe inférieur et dans une partie du supérieur. Les ganglions bronchiques, augmentés de volume, contiennent dans leur épaisseur des noyaux de différentes grosseurs, de couleur gris rougeâtre, d'aspect granuleux.

Rate. — Capsule légèrement épaissie, pulpe un peu pâle. Longueur 14 cent.; largeur 7 cent.; épaisseur 22 mill.

Reins. — Le rein gauche est normal comme volume, couleur et consistance. La capsule est un peu épaissie et se détache difficilement, emportant avec elle de la substance corticale, dans l'épaisseur de laquelle on note beaucoup de kystes colloïdes. La substance corticale est hyperémiée. Mêmes altérations dans le rein droit.

Foie. — Diamètre transversal 28 cent. Les diamètres maxima antéro-postérieur et vertical sont de 19 et de 6 cent. La surface de section a l'aspect de la noix muscade.

Organes génitaux. — Vessie normale. Légère métrite catarrhale du col.

Région du cou. — Entre l'aponévrose moyenne du cou et la face

antérieure du cartilage thyroïde, on trouve une couche de tissu jaunâtre blanc de 1 mill. d'épaisseur, qui, en s'amincissant, s'engage autour du thyroïde et se propage en bas dans la fossette jugulaire. Les couches les plus superficielles de ce tissu paraissent, en plusieurs points, rougeâtres et comme infiltrées de sang. En préparant la gaine nervo-vasculaire, on trouve la carotide primitive et l'interne, ainsi que la jugulaire interne, normales. La carotide externe, au contraire, est liée à 2 cent. 1/2 au-dessus de son origine. Le nerf vague est tout à fait normal; la carotide externe et l'interne sont d'un tout petit calibre. La parotide gauche paraît normale. Normales aussi, la glande sous-maxillaire et la parotide droites. Quelques ganglions cervicaux sont augmentés de volume et contiennent dans leur épaisseur de petites stries de couleur gris rougeâtre.

Examen de la tumeur. — La tumeur, enlevée avec une portion de la branche horizontale du maxillaire inférieur, est située sur le bord inférieur et en partie sur la face interne du maxillaire auquel elle est unie par du tissu fibreux. Elle s'étend de l'angle que forment les branches verticale et horizontale du maxillaire, jusqu'au niveau de la deuxième petite molaire, et sa base d'implantation se dirige en bas, en dedans et un peu en arrière. Elle a la forme d'un ovoïde à surface lisse, mais elle n'est pas entourée d'une capsule. Son plus grand diamètre horizontal est de 5 cent., le vertical de 3 cent. 1/2, et son épaisseur de 3 cent. 1/2. Elle est de couleur blanc rougeâtre, molle en quelques points et très dure par places.

Sur une coupe dans le sens de son plus grand diamètre, elle offre une partie arrondie, ayant l'aspect et la consistance du tissu cartilagineux, tandis que toutes les autres parties de la surface de la coupe sont constituées par du tissu mou, rougeâtre, de structure évidemment acineuse, présentant par places, au milieu des acini, des petits points de forme variable et de couleur gris jaunâtre ou jaune rougeâtre. La portion d'aspect cartilagineux forme dans la tumeur un noyau irrégulièrement sphérique, dont le volume correspond à un peu plus du tiers de celui de la tumeur, qui en occupe l'extrémité antérieure et proémine vers la face interne et le bord opposé à celui par lequel elle s'unit au maxillaire. Ce

gros noyau cartilagineux est entièrement entouré d'un tissu mou, rougeâtre, à structure acineuse, qui occupe les deux autres tiers de la tumeur.

A l'extrémité postérieure de la tumeur, existe une petite masse de tissu cellulo-adipeux où se trouvent deux ganglions lymphatiques de la grosseur d'un petit pois et qui, à la coupe, semblent normaux.

Le maxillaire, le périoste et la muqueuse des gencives paraissent sains dans la portion qui s'étend de l'angle de la mâchoire jusqu'au niveau de la canine gauche ; mais, plus en avant et dans les points qui correspondent aux quatre incisives, on observe sur les deux faces du maxillaire une tuméfaction recouverte par la muqueuse gingivale et s'étendant, de la couronne des dents, à la moitié de la hauteur de l'os. Les incisives comprises dans la portion tuméfiée dépassent le niveau des dents voisines d'un demi-centimètre. En coupant entre deux dents la partie tuméfiée et l'os, on trouve qu'elle s'implante sur l'os, dont le bord supérieur est détruit, et que, par son extrêmité inférieure, elle s'insinue dans le canal médullaire. L'os n'existe donc plus ici que dans ses deux tiers inférieurs. Cette portion tuméfiée, étudiée sur une section transversale, présente une forme ovale à grand diamètre vertical de deux centimètres et demi, et transversal de deux centimètres. Elle est recouverte, supérieurement, par la muqueuse gingivale et, dans toute sa masse, elle est constituée par un tissu mou, rougeâtre, à structure acineuse, entièrement semblable à celui de la tumeur primitive.

La partie du nerf dentaire qui est renfermée dans le canal osseux paraît de volume normal.

A l'examen microscopique de la tumeur, fait fraîchement sur des préparations par déchirure et sur sections, on a pu constater que dans les parties d'aspect cartilagineux, on était en présence d'un tissu cartilagineux hyalin en quelques points, mais formé en majeure partie de grandes cellules à plusieurs prolongements ramifiés, et que les autres parties de la tumeur étaient constituées par un stroma conjonctif à structure évidemment alvéolaire, dont les alvéoles étaient remplies de cellules à gros noyaux avec protoplasma délicat, mais dont

les limites étaient si peu accusées, qu'il n'était pas possible de reconnaître s'il s'agissait plutôt d'éléments cellulaires connectifs qu'épithéliaux et, par conséquent, d'un sarcome alvéolaire plutôt que d'un carcinome.

Après avoir traité la tumeur par la liqueur de Müller, et l'alcool à 70° et à 90°, l'examen ultérieur, fait sur des sections larges et minces des différentes parties de la tumeur, nous en a fait mieux connaître la structure. En examinant à un faible grossissement les larges sections colorées correspondant aux parties qui, sur les préparations fraîches, paraissaient gris rougeâtres et molles, on voit de grandes masses, les unes régulièrement arrondies, les autres ayant la forme d'un ovule plus ou moins allongé, dont les limites sont marquées par une série de lignes courbes à convexité tournée du côté de la périphérie de la masse. Elles ont donc dans leur ensemble une configuration acineuse, et la plus grande partie d'entre elles contient à son centre une substance de couleur grisâtre, d'aspect variable, qui n'est pas colorée par l'hématoxiline et le carmin ou qui l'est seulement très peu et avec diffusion. Ces grandes masses acineuses sont séparées par un tissu connectif fibrillaire, abondant et serré, dans lequel on observe çà et là des masses plus petites, formées d'un ou de plusieurs amas cellulaires qui, à la section, paraissent de forme presque arrondie, ovale ou elliptique, et qui renferment également, à leur centre, une substance grisâtre ou gris jaunâtre.

Vers les parties périphériques de la tumeur, on observe au milieu d'un tissu connectif fibreux abondant, de longs amas cellulaires, de forme et de grosseur assez irrégulières qui, en s'anastomosant entre eux par de nombreux prolongements latéraux, forment un élégant réseau.

Dans toutes les sections pratiquées en différents points des deux tiers de la tumeur de structure non cartilagineuse, nous avons trouvé une structure identique à celle que nous venons de décrire.

A un plus fort grossissement, on observe que les grandes masses acineuses, aussi bien que les plus petites placées entre elles, sont formées de grandes cellules de forme irrégulière, mais plutôt polygonale, à protoplasma finement granu-

leux pourvu d'un gros noyau qui contient de grosses granulations et un ou deux nucléoles resplendissants. Ces cellules sont étroitement réunies entre elles par une substance homogène très ténue et possédant les caractères des cellules épithéliales.

La plus grande partie des grandes masses cellulaires est subdivisée en amas plus petits, par un stroma connectif à structure alvéolaire, dont les parois sont très fines. Dans les amas épithéliaux contenus dans chaque alvéole, les cellules qui forment la couche périphérique, celle qui touche à la paroi alvéolaire, ont une forme allongée et sont régulièrement implantées sur elle, de manière à avoir leur plus grand diamètre perpendiculaire à la paroi qu'elles tapissent. La substance grisâtre qui occupe les parties centrales est également constituée par des amas de cellules, en état avancé de dégénérescence graisseuse. Entre elles, on voit encore des traces de stroma alvéolaire, dans lequel on observe des extravasations sanguines qui vont aussi se mélanger avec les amas de cellules dégénérées. Les masses plus petites interposées aux grandes sont constituées par un gros amas épithélial ou par un groupe de quelques-uns de ces amas dont la plupart contiennent également à leur centre une substance en voie de régression, occupant tantôt seulement une petite partie, tantôt la plus grande partie de cet amas cellulaire, de sorte que les cellules épithéliales constituent sur une section un anneau fin, renfermant une grosse masse constituée par cette substance en voie de désagrégation.

Les amas volumineux des parties périphériques de la tumeur, qui en se ramifiant et en s'anastomosant forment un élégant réseau, sont aussi formés des mêmes éléments cellulaires, et dans leur ensemble offrent non seulement une configuration qui rappelle une injection des vaisseaux lymphatiques, mais à un fort grossissement montrent qu'en maints endroits, l'extrémité d'un de ces amas est en continuation directe avec un espace vide (canal) à parois endothéliales.

Dans les points de la tumeur correspondant à la portion tournée du côté du maxillaire, on observe çà et là, entre les

grandes masses d'amas épithéliaux, des vestiges de la glande sous-maxillaire, c'est-à-dire quelques lobules glandulaires normaux ou un peu infiltrés de petites cellules arrondies, et beaucoup de conduits excréteurs remplis d'une substance hyaline.

Quoique nous ayons avec beaucoup de persévérance et d'une manière spéciale étudié ces portions de la tumeur, il ne nous a toutefois pas été possible de surprendre les différents états de passage qui nous auraient permis de déduire d'une manière certaine le développement de la tumeur. Nous avons seulement pu distinguer, d'un côté, que les lobes glandulaires plus voisins des masses de la tumeur ont des acini glandulaires plus grands et à cellules non plus transparentes et muqueuses, mais entièrement protoplasmiques ; qu'en beaucoup de points des lobes glandulaires, les limites des acini sont en voie de disparition ; qu'à la périphérie des lobes, on voit beaucoup de cellules épithéliales libres envahir le tissu connectif interlobaire, et si l'on compare ces cellules protoplasmiques des acini et celles qui sont devenues libres à celles des amas épithéliaux de la tumeur, on trouve que la différence est très petite. De l'autre côté, en dirigeant notre attention vers les portions de tumeur interposées à ces acini, nous avons pu distinguer que la plus grande partie d'entre elles ne se resolvent pas en une structure alvéolaire, mais apparaissent comme des masses épithéliales lobulées qui, dans leur ensemble et même par beaucoup de particularités, sont comparables à des lobes glandulaires hypertrophiés dont les acini contiennent des cellules épithéliales protoplasmiques légèrement déviées du type normal. Dans quelques-unes de ces masses cellulaires acineuses qui conservent en grande partie la forme de lobes glandulaires, on observe des conduits excréteurs remplis d'une substance hyaline.

Dans les deux ganglions lymphatiques que nous avons déjà signalés dans l'épaisseur du tissu connectif abondant situé à l'extrémité postérieure de la tumeur, on n'observe pas de masses cancéreuses, mais une complète infiltration des trabécules par des cellules rondes et la disparition des sinus lymphatiques ; en outre, çà et là, surtout dans les follicules,

des petites hémorragies. Deux autres ganglions lymphatiques plus gros, trouvés dans le tissu connectif fibreux qui unit la tumeur au maxillaire, commencent à peine à être envahis par la tumeur. Dans l'un, le plus gros, on observe quelques amas cancéreux qui, après avoir pénétré par le hile, gagnent le milieu du ganglion et s'étendent même jusqu'à la paroi corticale, tandis que, dans l'autre, la substance corticale d'une extrémité du ganglion est seule prise ; beaucoup d'amas cellulaires de la tumeur ont aussi envahi le tissu connectif fibreux qui contient les deux ganglions lymphatiques.

La portion cartilagineuse de la tumeur est formée par de nombreux noyaux de différentes grosseurs, de forme arrondie, entourés par un tissu connectif qui a l'aspect d'un périchondre dans lequel on observe des amas épithéliaux et quelques conduits excréteurs. Chaque noyau est en majeure partie constitué par du tissu cartilagineux mixte, hyalin et à cellules étoilées avec prolongements ramifiés ; quelques-uns sont constitués par du tissu fibro-cartilagineux.

Les sections pratiquées sur la portion tuméfiée du maxillaire, après décalcification préalable, montrent partout un stroma alvéolaire, avec des alvéoles remplis de cellules absolument identiques à celles de la tumeur principale. La muqueuse gingivale amincie et infiltrée de cellules rondes est aussi envahie par des amas épithéliaux, et dans les parties moyenne et inférieure de cette portion de maxillaire, on observe des trabécules osseuses à canaux de Havers très dilatés et remplis de cellules cancéreuses. Aucune trace de tissu cartilagineux.

La portion du nerf dentaire qui est contenue dans le canal osseux, examinée sur des sections transversales, n'offre pas de cellules de la tumeur dans les espaces lymphatiques péri et endo-nerveux ; seulement, en quelques points où la gaine nerveuse avait contracté des adhérences avec le périoste du canal dentaire, on observe des petites portions de la tumeur adhérentes à la gaine même ; ici, les faisceaux de fibres nerveuses sont un peu écrasés, et dans le tissu connectif interfasciculaire on observe des petites transfusions sanguines. L'existence dans le voisinage de la tumeur principale, de glandes lymphatiques déjà envahies par des amas épithéliaux,

et le fait déjà observé, surtout par Colomiatti, de la diffusion des carcinomes le long des espaces lymphatiques des nerfs qui se fait toujours dans la direction centripète, devaient déjà, *a priori*, nous faire croire que le noyau secondaire qui s'était développé sur la partie médiane du maxillaire inférieur, était le résultat d'une métastase effectuée par la voie des lymphatiques communes, plutôt que par celle du système lymphatique spécial des nerfs.

Parmi les ganglions cervicaux pris sur le cadavre, trois sont partiellement envahis par la tumeur et présentent surtout une abondance d'amas cellulaires renfermant à leur centre une grande masse de substance jaunâtre de régression, et de quelques autres amas cellulaires au centre desquels on observe un beau reticulum de fibrine contenant dans ses mailles des globules rouges. Beaucoup de ganglions lymphatiques bronchiques sont également envahis par la tumeur et offrent à la coupe les mêmes particularités de structure. Les observations faites sur l'origine de la substance jaunâtre qui se trouve au centre de la plus grande partie des amas cancéreux, nous amènent à croire qu'elle est le produit de désagrégation du parenchyme glandulaire où s'est faite l'hémorragie. Les cellules cancéreuses envahissent d'abord les tissus lymphatiques de la substance corticale et médullaire du ganglion et là, en se multipliant, compriment les follicules et les cordons médullaires dans lesquels s'effectuent les hémorragies par obstacle à la circulation. La compression sur les follicules et cordons médullaires continue à augmenter avec la multiplication des cellules cancéreuses, et grâce à l'absence de nutrition, ils se désagrègent peu à peu ainsi que le sang transsudé et finissent par se réduire en une masse granuleuse jaunâtre.

Parmi les nombreux noyaux secondaires trouvés dans la plèvre et le parenchyme pulmonaire, quelques-uns sont formés en entier de tissu cartilagineux hyalin à grandes cellules isolées ou groupées, entourées par une grosse capsule cartilagineuse, et à la périphérie du noyau, on observe des amas de cellules cartilagineuses embryonnaires dans lesquels les cellules les plus périphériques sont étroitement rappro-

chées les unes des autres, tandis que les plus internes sont séparées par une substance intercellulaire hyaline peu abondante. D'autres noyaux secondaires sont formés de tissu cartilagineux à cellules avec prolongements ramifiés. D'autres encore sont constitués par une portion centrale cartilagineuse entourée d'amas de cellules cancéreuses. Il existe enfin des noyaux de différentes grosseurs formés par de simples amas cancéreux dont quelques-uns contiennent à leur centre cette substance jaunâtre ou gris jaunâtre déjà observée dans les amas cancéreux de la tumeur primitive et dans les noyaux secondaires des ganglions cervicaux et bronchiques.

2° *Epithélioma*

L'épithélioma qui paraît être la seule tumeur maligne observée jusqu'à présent dans la sublinguale, est peu fréquent dans la parotide et constitue la plus rare des tumeurs malignes de la sous-maxillaire. Il n'a été rencontré que trois fois et l'examen histologique a été pratiqué dans les trois cas. Mais, dans l'un d'eux, dû au professeur Verneuil, le diagnostic histologique est simplement énoncé. Les deux autres, au contraire, contiennent des détails histologiques suffisants.

L'observation suivante, due à M. Rengrueber, est relative à un épithélioma ayant débuté au niveau des conduits excréteurs de la glande, dans le voisinage desquels il était resté limité. Cette particularité constitue l'intérêt anatomique de cette observation déjà intéressante à plus d'un titre au point de vue clinique.

Observation III. — *Tumeur de la glande sous-maxillaire*, par M. Rengrueber (observation recueillie par M. Cohen, externe des hôpitaux).

Georges, garçon maçon, âgé de 21 ans, entre le 20 septembre à l'hôpital de Saint-Louis, dans le service de M. Rengrueber, suppléant de M. Péan.

Ce jeune Italien, d'une excellente constitution, n'a jamais été malade. On ne trouve chez lui aucun antécédent scrofuleux, syphilitique ou cancéreux. Il y a deux ans, il aurait eu une périostite alvéolo-dentaire, causée par la carie de la deuxième grosse molaire supérieure droite que, du reste, il se fit arracher quelque temps après.

Depuis quatorze mois environ, il s'est aperçu qu'il avait à la partie supérieure et droite du cou, une petite tumeur grosse comme une noisette. Cette petite tumeur resta stationnaire pendant six mois et, au bout de ce temps, augmenta, petit à petit, de volume jusqu'à acquérir les dimensions actuelles, sans toutefois déterminer aucune douleur. Le malade nous fait remarquer, en outre, qu'à mesure que la tumeur grossissait, il était tourmenté par une envie presque continuelle de cracher et qui, dans ces derniers temps surtout, le tenait éveillé une partie de la nuit.

Après avoir essayé plusieurs pommades et autres médicaments, parmi lesquels l'iodure de potassium, il tient absolument à être débarrassé de sa tumeur, laquelle, gênante déjà par son volume, l'empêche de travailler à raison de l'expuition continuelle de la salive dont elle est l'origine.

État actuel. — En examinant la région sus-hyoïdienne droite, on y trouve une tumeur irrégulièrement ovalaire, à grand diamètre parallèle à la branche horizontale du maxillaire inférieur, et légèrement oblique en bas et en dedans. Son extrémité postérieure se trouve à 2 centimètres environ de l'angle de la mâchoire ; son volume est à peu près celui d'un œuf de poule. Elle semble bilobée ; le lobe supérieur, caché en partie par la branche de la mâchoire, devient très apparent lorsque le malade renverse la tête en arrière ; l'inférieur, de beaucoup plus gros, se trouve à 2 centimètres de la ligne médiane et ne dépasse pas en bas une ligne horizon-

tale passant par le bord supérieur du cartilage thyroïde. Extrêmement mobile, elle est très accessible par la cavité buccale, où elle vient faire une saillie assez notable. Résistante dans toute son étendue, elle ne présente ni dureté, ni fluctuation.

La peau a sa coloration normale et n'adhère pas à la tumeur.

La muqueuse buccale est intacte. L'embouchure du canal de Warthon, du côté droit, admet facilement la pointe du stylet et la salive s'écoule abondamment par cet orifice ; sauf la grosse molaire qui fut arrachée il y a deux ans, les dents sont au complet et en très bon état.

On pense tout d'abord à une adénopathie sous-maxillaire ; mais M. Rengrueber nous fait remarquer que la tumeur est extrêmement mobile, qu'elle fait une saillie notable dans la cavité buccale, et croit, sans être affirmatif, qu'il s'agit plutôt d'une tumeur de la glande sous-maxillaire : tumeur bénigne naturellement, étant donnés : 1° l'âge du sujet ; 2° son excellente santé et le manque d'antécédents héréditaires ; 3° le défaut d'adhérence à la peau ; 4° enfin, l'absence complète de douleur, soit spontanée, soit par la pression. Sur les instances réitérées du malade, M. Rengrueber se décide à intervenir.

Le 23 septembre, après chloroformisation, M. Rengrueber fait à la partie déclive de la tumeur une incision curviligne à concavité supérieure intéressant la peau; puis, après avoir divisé du fascia superficialis, le peaussier et l'aponévrose cervicale, il arrive sur la capsule fibreuse qui entoure la tumeur et en attaque la partie inférieure avec beaucoup de ménagements et par de petits coups de bistouri. Il parvient de cette façon à isoler une grande partie de la tumeur, les deux tiers environ, après avoir fait, au préalable, la section, entre deux ligatures, de trois à quatre tractus fibreux qui paraissent contenir des vaisseaux importants.

La partie énucléée, du volume d'une grosse noix, se présente avec l'aspect jaunâtre, grenu de la glande sous-maxillaire saine, telle qu'on la voit lorsqu'on fait la ligature de la linguale dans le triangle. Au point de vue macroscopique, il

ne saurait y avoir de doute : on se trouve en présence d'une glande saine, hypertrophiée.

En présence de ce fait, et pour éviter de plus grands délabrements, M. Rengrueber fait la section de la partie énucléée, après ligature en masse, et laisse en place le canal de Warthon, ainsi que la portion de glande qui y confine directement. La plaie nettoyée avec la solution phéniquée forte, on en réunit les bords par cinq points de suture, sauf la partie externe où l'on place un petit tube à drainage.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Les premiers jours, il est vrai, le malade eut un peu de fièvre, 38° 4 à 38° 7 ; de plus, on constata un peu d'empâtement douloureux avec rougeur diffuse, occupant la partie droite du cou, et un peu de gêne de la mastication et de la déglutition. Tous ces accidents disparurent vers le cinquième jour, et, chose digne de remarque, le malade n'avait plus cette envie incessante de cracher ; l'écoulement de salive par le canal de Warthon était à peine visible. Le sixième jour, la plaie était réunie. Le huitième, le liquide à injection restant absolument clair, on retire le tube à drainage.

Depuis le 1er jusqu'au 11 octobre, le malade reste en observation dans le service. Le 11 octobre, M... quitte l'hôpital pour l'asile de Vincennes, très content du résultat de l'opération : il crache à peine, et au niveau de la région sus-hyoïdienne droite, on ne trouve qu'un peu d'empâtement des tissus, mais pas de tumeur appréciable.

Voici le résultat de l'examen histologique de la tumeur, tel qu'il a été pratiqué par M. Courtade, interne des hôpitaux :

L'étude macroscopique de la tumeur ne révèle rien des altérations que l'on trouve au microscope, car la consistance, la coloration n'ont rien de spécial.

Des coupes faites sur un morceau de la tumeur révèlent les particularités suivantes :

Vus à un faible grossissement de 1/2 obj., on retrouve les lobules réguliers, séparés entre eux par des cloisons constituées par un tissu cellulaire très ténu, dans lequel existent quelques cellules fusiformes.

Les culs-de-sac glandulaires sont aussi parfaitement réguliers ; leur couche épithéliale se traduit par une coloration carminée un peu plus vive que le centre ; il n'existe aucune dilatation. Autour de certains canaux de plus fort calibre, on observe une zone plus colorée, mais sous forme régulière, systématique ; c'est une infiltration cellulaire.

Examinée à un plus fort grossissement 1/6 obj., cette zone d'infiltration est constituée par des cellules polyédriques qui proviennent évidemment de la prolifération des cellules épithéliales qui tapissent les canaux excréteurs de la glande salivaire. Parmi ceux-ci, les uns ont une paroi conjonctive intacte tapissée seulement par plusieurs couches de cellules épithéliales, ce qui traduit une suractivité formative; d'autres, au contraire, n'ont plus de paroi conjonctive ; leur couche épithéliale se continue par places, avec ces traînées de cellules qui constituent l'infiltration.

Le centre de ces canaux excréteurs contient une matière granuleuse qui ne se colore pas par le carmin et qui n'est que le produit de désagrégation des cellules épithéliales.

Nous ne trouvons pas de vascularisation anormale de la tumeur.

En résumé, nous croyons avoir affaire à un épithélioma primitif de la glande sous-maxillaire.

L'observation que nous venons de rapporter nous a paru mériter d'être publiée. Elle est intéressante, non seulement à cause de l'extrême rareté des dégénérescences primitives de la glande sous-maxillaire, mais encore parce qu'elle démontre combien est difficile le diagnostic des tumeurs de cette glande.

Voilà une tumeur qui, au point de vue clinique, avait tous les caractères d'une tumeur bénigne, dont l'aspect macroscopique était absolument celui d'une glande saine, et cependant le microscope a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Cette observation nous a paru renfermer un fait nouveau : nous voulons parler de la sialorrhée dans le cours des tumeurs de la glande sous-maxillaire, fait qui n'a pas été signalé, que nous sachions.

En effet, dans la dernière publication importante sur la matière (l'excellent article *salivaire* du Dict Jaccoud, par Ed. Delorme), nous trouvons à ce propos ce qui suit : « L'excrétion de la salive par le canal de Warthon est souvent normale. Lorsque la glande a subi la dégénérescence cancéreuse, le canal de Warthon ne laisse échapper que peu de liquide. »

Or, dans notre cas particulier, il y avait salivation, et salivation exagérée, puisque c'est ce phénomène, bien plus que la gêne mécanique déterminée par la tumeur, qui a engagé M. Rengrueber à proposer l'intervention chirurgicale.

Or, cette sialorrhée ne pouvait s'expliquer par aucune altération des parties voisines : dents, muqueuse bucale, etc., ces parties étant complètement intactes.

D'ailleurs, ce qui prouve surabondamment qu'il en était bien ainsi, c'est que la salivation a cessé immédiatement après l'ablation de la plus grande partie de la tumeur. Ne pourrait-on, à la rigueur, expliquer cette suractivité fonctionnelle de la glande sous-maxillaire mobile, d'abord par son volume exagéré, et ensuite par l'irritation des filets de la corde du tympan, par les éléments de nouvelle formation ? Nous posons la question sans vouloir la résoudre.

Il va sans dire que nous avons vivement engagé le malade à revoir le docteur Rengrueber ; et, comme tout porte à croire qu'il le fera, nous pourrons faire connaître ultérieurement ce qu'est devenue la portion de glande salivaire laissée en place, accolée au canal de Warthon.

Le troisième cas d'épithélioma, rapporté dans la thèse de Pérochaud, est emprunté à Heurtaux (de Nantes). La tumeur avait tous les caractères d'un épithélioma tubulé, avec cette particularité que le stroma entourant chaque tube épithélial, au lieu d'être constitué par du tissu fibreux, était représenté par une coque épaisse de tissu élastique.

Observation IV. — *Épithélioma à trame élastique de la glande sous-maxillaire.*

Le 7 novembre 1884, M. le professeur Heurtaux présentait à la Société anatomique de Nantes une tumeur de la glande sous-maxillaire qu'il avait enlevée à une femme de 35 ans. Grosse comme un très gros œuf, bombée, très dure, cette tumeur, dont le début remonte à quinze ans, confinait du côté de la cavité buccale au plancher de la bouche. La dissection en fut très laborieuse, l'artère linguale put être ménagée, mais on fut obligé de sectionner l'hypoglosse adhérant au néoplasme.

Examen macroscopique. — La tumeur, un peu irrégulière, grossièrement piriforme, dépasse un peu le volume d'un gros œuf de poule ; sa surface extérieure se présente avec un aspect très inégal, étant adhérente à des restes de tissus voisins dont on ne peut la séparer.

A la coupe, le tissu du néoplasme est très ferme, il a une consistance analogue à celle du myôme utérin, sa couleur est d'un gris blanchâtre. En examinant la coupe avec attention, on remarque qu'au milieu du tissu fibroïde dense se trouvent un grand nombre de figures arrondies, situées les unes près des autres et donnant au tissu l'aspect granuleux d'une glande ; si l'on vient à gratter avec la pointe d'une aiguille une de ces surfaces blanches, on en extrait un contenu friable et granuleux, à la place duquel se trouve une petite cavité limitée par une membrane résistante. Vers le milieu de la tumeur, la partie d'aspect glandulaire forme un amas qui se distingue par sa couleur plus grise du reste du tissu. On voit sur la surface des coupes la section d'un certain nombre de vaisseaux volumineux.

D'après cet aspect macroscopique, on peut déjà supposer que la tumeur se compose de deux parties distinctes : une partie conjonctive très dense et une partie probablement glandulaire formant les petites masses que nous venons d'indiquer.

Examen microscopique. — En examinant au microscope les petits fragments obtenus en grattant les parois de la tumeur qui ont un aspect glandulaire, on voit que ces fragments sont

constitués par des cellules épithéliales très friables, munies d'un assez gros noyau et ayant un protoplasma si peu résistant que les noyaux en liberté dans la préparation, en sont presque totalement dépourvus.

En examinant les coupes à un faible grossissement, on constate que la tumeur est divisée par d'épaisses cloisons de tissu fibreux très bien développé, en un certain nombre de lobes ; chacun de ces lobes est formé par une trame connective au milieu de laquelle se trouvent contenues de nombreuses cavités remplies de cellules épithéliales ou seulement tapissées par ces éléments. L'aspect des coupes varie beaucoup suivant les points : tantôt le tissu pathologique fait songer à un carcinome ou à un épithélioma lobulé, tantôt à un adénome en grappe.

Dans quelques points, le tissu épithélial est disposé à peu près comme celui des culs-de-sac glandulaires dilatés que l'on rencontre dans le fibrome mammaire. Les cellules épithéliales formant les masses susindiquées présentent, comme nous l'avons vu, un gros noyau ovoïde contenant un nucléole. Ce noyau a environ 9 μ de longueur sur 4 à 6 μ de largeur ; il contient un nucléole et de nombreuses granulations, son contour est accusé par une ligne très fine, mais parfaitement nette. La protoplasma se confond intimement avec celui des cellules voisines. Telles quelles, ces cellules ressemblent beaucoup à celles de certains cancers de l'utérus. Au milieu des masses épithéliales, on rencontre parfois de petits amas de substance colloïde.

Jusqu'à présent, les parties que nous avons décrites donnent l'idée d'un épithélioma tubulé ou d'un adénome vulgaire ; mais le tissu de cette tumeur présente une particularité très originale et certainement très rare que nous devons signaler maintenant : c'est que presque toutes les masses épithéliales sont enveloppées d'une gaine de substance élastique granuleuse, qui donne aux coupes microscopiques l'aspect le plus singulier. Chacune des masses épithéliales est entourée d'une bordure d'un gris jaunâtre, opaque, granuleuse, ressemblant en un mot, à cette bordure que l'on observe autour des capsules dans le cartilage réticulé. Vu la variété de forme des

amas épithéliaux, certaines parties des coupes ressemblent, quand on les examine à un faible grossissement, à une coupe corticale du rein. Nous avons essayé de vérifier la nature de cette substance jaunâtre qui engaine les masses épithéliales ; voici les réactions que nous avons constatées : elle se colore en jaune par l'acide picrique et ne prend nullement le carmin, elle résiste à l'action de l'acide acétique et à l'action de la potasse à 40 %; cela, joint aux caractères microscopiques que nous avons signalés, nous conduit à admettre que c'est bien de la substance élastique qui forme cette gaine si curieuse.

Mais cette substance élastique ne se borne pas à envelopper les amas épithéliaux, elle joue, et c'est en partie là le point le plus important de cette observation, par rapport aux amas épithéliaux, le même rôle que jouent, dans les tumeurs précédemment décrites, le tissu fibreux dense, le tissu muqueux ou le tissu cartilagineux. C'est-à-dire qu'elle comprime ou étouffe les cellules épithéliales, de sorte que, dans certains points des préparations, on ne trouve plus, au milieu de ces sacs de matière élastique, que des cellules à peu près totalement nécrobiosées ou même réduites à l'état de simples débris. De sorte que, quand la masse épithéliale est considérable, la gaine élastique est nulle ou peu épaisse ; quand, au contraire, la gaine élastique épaissit, c'est l'amas cellulaire qui diminue, tend à s'atrophier et à disparaître.

Les cloisons du tissu connectif, qui séparent les uns des autres les lobules épithéliaux, sont à peu près totalement dépourvus de fibres élastiques ; c'est donc seulement autour des parties épithéliales de la tumeur que ce tissu élastique se rencontre, et dans les parties où il est le plus développé, les cellules épithéliales ont presque disparu ; de sorte qu'on se trouve en présence de faisceaux de fibres élastiques entrecroisés dans tous les sens, et laissant à peine apercevoir entre eux, quelques fibrilles connectives et quelques cellules rondes, ayant perdu tout caractère épithélial et ressemblant plutôt à des cellules embryonnaires. Cette disposition du tissu élastique nous paraît excessivement rare, car nous ne l'avons rencontrée dans aucune tumeur. On trouve bien, dans le car-

cinome fibreux de la mamelle, des amas de fibres élastiques très considérables, mais jamais elles n'ont la disposition régulière que l'on observe dans notre tumeur.

Dans les cloisons épaisses de tissu conjonctif qui séparent les lobes de la tumeur les uns des autres, on rencontre un petit nombre d'artères assez volumineuses ; le tissu du néoplasme paraît très peu vascularisé ; en quelques points, il nous a semblé voir de petites lacunes lymphatiques.

En résumé, cette tumeur est constituée par le passage à l'état épithéliomateux d'un certain nombre de lobules de la glande sous-maxillaire, par l'hypertrophie et le passage à l'état fibreux du tissu conjonctif de la glande, et par la formation, autour des masses épithéliomateuses, d'une gaine élastique extrêmement épaisse, qui tend même, par places, à étouffer complètement les éléments cellulaires. On pourrait donc dénommer cette tumeur *épithélioma à trame élastique.*

Développement. — Il est fort difficile de dire quel a été exactement le mode de début de cette tumeur ; en effet, même dans les points qui nous ont paru le moins avancés dans leur évolution, nous n'avons pu reconnaître ni culs-de-sac ni conduits excréteurs normaux. En tenant compte de l'aspect que nous avons constaté dans ces parties encore jeunes de la tumeur, voici quel est le mode de développement que nous admettons comme le plus probable :

1° Hypertrophie et multiplication des noyaux des cellules glandulaires ; 2° dégénérescence graisseuse d'un certain nombre de ces éléments ; 3° apparition dans le tissu conjonctif qui sépare les culs-de-sac, de cellules embryonnaires formant des amas assez étendus ; 4° organisation de ce tissu embryonnaire en tissu fibreux ; 5° développement autour des masses épithéliales, d'une couche de tissu élastique ; 6° accroissement des masses épithéliales arrêté bientôt bientôt par la résistance de l'enveloppe élastique ; 7° étouffement progressif des masses épithéliales, par la pression de leur enveloppe élastique et formation de parties presque complètement dépourvues de cellules. Tel est le processus qui, arrivé dans les diverses parties de la tumeur à un degré plus ou moins avancé dans son évolution, nous paraît le mieux rendre compte des phéno-

mènes que nous avons observés. (Pièce n° 126 du laboratoire d'histologie, année 1884.)

3° *Sarcome*

Inconnu dans la glande sublinguale, extrêmement fréquent dans la parotide, le sarcome est aussi la tumeur maligne qu'on rencontre le plus souvent dans la sous-maxillaire, puisqu'elle y constitue près de la moitié des cas, soit 6 sur 14. Pratiqué trois fois complètement, l'examen histologique manque dans un cas (obs. XII), et se borne, dans les deux autres (obs. XIII et XIV), à énoncer le diagnostic histologique.

Parmi les trois tumeurs examinées complètement, deux étaient simples et appartenaient à la variété de sarcome embryonnaire et de sarcome fascicule; la dernière, de structure mixte, était un chondro-sarcome. Nous allons rapporter successivement ces trois observations.

La première se trouve dans la thèse de Pérochaud.

Observation V. — *Sarcome globo-cellulaire des régions sous-maxillaire et parotidienne.*

Il s'agit d'une grosse tumeur que présentait un jeune homme, âgé d'un peu plus de 20 ans. Le néoplasme avait débuté, depuis un an, dans la région sous-maxillaire, par un nodule de la grosseur d'une noisette. Le mal prit un accroissement si rapide qu'au moment de l'entrée du jeune homme à l'hôpital, la masse pathologique s'étendait, depuis l'apophyse zygomatique et le lobule de l'oreille qui était soulevé, jusqu'à la partie latérale du cou où elle atteignait le creux sus-claviculaire. Cette tumeur, peu mobile, fut jugée inopérable par l'instrument tranchant. On tenta de la détruire avec la pâte de Canquoin. M. Gruget, qui était chargé du

service où se trouvait le malade, voulut bien prélever un morceau de la tumeur pour le soumettre à l'examen histologique. La moitié du fragment fut durcie à l'aide du liquide de Müller, l'autre moitié, à l'aide de l'alcool.

L'*examen histologique* montra, principalement dans la partie durcie au liquide de Müller et colorée à l'éosine hématoxylique, deux tissus bien distincts : l'un, analogue à du tissu de ganglion lymphatique normal ; l'autre, constitué par des cellules rondes ou polyédriques, en contact les unes avec les autres, parfois accolées, d'autres fois séparées par des espaces arrondis un peu comme les cellules du foie. Sur les coupes colorées au picro-carmin, nous n'avons vu presque nulle part de tissu adénoïde ; partout des cellules rondes ou polyédriques assez grandes, disséminées au milieu d'un tissu fibrillaire dont on ne parvient pas à les chasser par le pinceau.

Les vaisseaux sont larges et souvent sclérosés. A la périphérie des parties malades, nous trouvons un stroma fibreux très dense. Nous supposons que la tumeur était un sarcome, mais nous ne saurions dire si elle provient de la glande sous-maxillaire, d'un ganglion lymphatique ou du tissu conjonctif de la région. L'insuffisance du fragment que nous avons pu étudier nous conduit à ne poser ce diagnostic que sous toutes réserves. (Pièce n° 83, année 1882.)

Dans l'observation suivante, que nous avons recueillie dans le service de M. Marchand, à l'hôpital Cochin, l'examen histologique a été pratiqué au laboratoire de M. Lancereaux, à la Pitié, par notre collègue et ami P. Raymond, à qui nous adressons nos sincères remerciements.

Observation VI (personnelle). — *Sarcome fasciculé de la glande sous-maxillaire. — Opération. — Guérison.*

Lejeune Clémentine, 54 ans, journalière, entre le 17 août 1885, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le Dr Marchand. Mère morte d'un cancer de l'utérus.

Bonne santé habituelle. Réglée depuis l'âge de 16 ans, toujours régulièrement. A eu six enfants, pas de fausses couches. Ménopause depuis 4 ans.

Début de l'affection il y a un an, par l'apparition vers l'angle gauche de la mâchoire d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, douloureuse spontanément et à la pression, dure, mobile et indépendante du maxillaire. Cette tumeur a grossi lentement, la peau qui la recouvre est devenue rouge et luisante. Depuis deux mois, elle a considérablement augmenté de volume. Il y a six semaines, un médecin de la ville a plongé un petit trocart dans la tumeur, qu'il prenait pour un abcès, et en a retiré un peu de sang. Quatre jours après, la tumeur s'est ulcérée en deux points.

Etat actuel. — Il existe sur le rebord inférieur du maxillaire, du côté gauche, une tumeur, du volume d'une grosse orange, qui descend jusqu'au niveau de l'os hyoïde en occupant la région sous-maxillaire, remonte dans l'étendue de quatre centimètres environ, sur la région massétérine, se prolonge en arrière jusqu'à l'angle de la mâchoire, en remontant jusqu'à quelques millimètres au-dessous du lobule de l'oreille, et gagne en avant la symphyse du menton. La surface, régulièrement unie, est recouverte d'une peau rouge et luisante, prête à s'ulcérer. La peau a d'ailleurs cédé en deux points qui donnent passage à deux énormes champignons fongueux, arrondis, qui saignent facilement et abondamment : l'un d'eux a le diamètre d'une pièce de 5 francs, l'autre est un peu plus petit. Ils sont séparés par une mince languette de peau rouge et luisante.

A la palpation, on reconnaît que la tumeur est intimement adhérente au rebord inférieur du maxillaire, sur lequel elle est immobile et dont elle suit les mouvements. Sa consistance est uniformément dure. La pression sur le bord alvéolaire du maxillaire, au niveau de la tumeur, est un peu douloureuse. Pas de saillie du côté du plancher de la bouche. Dents en mauvais état, surtout sur le côté gauche de la mâchoire inférieure.

Douleurs lancinantes plus vives depuis six semaines, s'irradiant du côté de l'angle de la mâchoire et jusque dans

l'oreille. Gêne de la mastication : sécrétion salivaire normale par l'orifice buccal du canal de Warthon. Etat général satisfaisant, malgré les hémorragies. Amaigrissement notable depuis 5 à 6 mois.

Opération le 24 août. Chloroforme. La tumeur paraissant avoir envahi le maxillaire, M. Marchand se décide à faire d'emblée la résection de la moitié gauche de sa branche horizontale.

Deux incisions curvilignes, se regardant par leur concavité et parallèles au rebord inférieur du maxillaire, comprennent dans leur intervalle la totalité de la tumeur et sont pratiquées à un bon centimètre en dehors d'elle, au niveau des téguments qui paraissent sains. Section de l'os sur la ligne médiane et au niveau de l'union de la branche horizontale avec la branche verticale gauche. Dissection assez facile de la tumeur à l'aide de la spatule et des doigts. La tumeur, à laquelle adhère la portion d'os réséquée, est pédiculisée en dehors et en arrière. Plusieurs artères ont dû être liées, y compris la faciale. La cavité buccale n'a pas été ouverte, la muqueuse du plancher de la bouche a été respectée.

L'ablation de la tumeur a laissé une cavité anfractueuse dont il est impossible de réunir les bords et que l'on panse avec la gaze iodoformée et phéniquée, renouvelée tous les trois jours au début, et tous les jours après l'établissement de la suppuration.

Suites de l'opération favorables. La température, qui avait atteint près de 39° le soir du deuxième jour, tombe progressivement pour atteindre la normale le 7e jour de l'opération. La plaie se cicatrise régulièrement et rapidement, puisque le 12 septembre, jour de la sortie de la malade, c'est-à-dire le vingtième jour de l'opération, la cicatrisation était très avancée.

La malade a été revue récemment par M. Marchand, deux ans et demi après l'opération. Elle avait conservé une excellente santé et avait même engraissé. Il n'existait pas de tendance à la récidive,

Examen de la tumeur. — La tumeur est appendue à la moitié gauche de la branche horizontale du maxillaire, qu'elle

recouvre presque complètement, mais dont il est très facile de la détacher, à cause de la fragilité des adhérences qui l'unissent au périoste. La portion réséquée paraît, en effet, intacte, et des sections pratiquées en divers points de l'os, montrent qu'il a conservé sa coloration et sa consistance normales. Cependant, le nerf dentaire inférieur était intimement uni à la tumeur à sa sortie par le trou mentonnier.

Sur des coupes faites dans différents points de la tumeur, on reconnaît que son tissu, de consistance ferme, presque dure, a une couleur rosée interrompue par des points plus foncés, rougeâtres, résultant de la rupture de quelques-uns de ses vaisseaux, qui sont d'ailleurs assez développés. On n'obtient pas de suc par le râclage. A la partie postérieure de la tumeur, on peut voir trois ganglions lymphatiques légèrement augmentés de volume, rougeâtres, durs, et logés dans une sorte de coque fibreuse adhérant faiblement au reste de la tumeur et aux ganglions qu'elle renferme, qui ne s'y relient que par des tractus faciles à détacher.

L'examen microscopique a été fait après durcissement dans la gomme et coloration au picro-carmin. Il a donné les résultats suivants : une coupe faite au niveau de la périphérie, qui paraît le moins malade, montre, en divers points, des portions de la glande sous-maxillaire absolument intactes. On voit en ces points les culs-de-sac glandulaires constitués par des cellules triangulaires, en général au nombre de 7 ou 8, à base tournée vers la périphérie, à sommet clair dirigé vers le centre. Le noyau qu'on remarque à la base des cellules, a un aspect normal. Les conduits excréteurs sont un peu dilatés ; mais les cellules cylindriques qui les tapissent ont conservé tous leurs caractères. Au voisinage de ces portions de glande restées saines, on trouve du tissu conjonctif tassé, formant une sorte de barrière entre la partie périphérique et le reste de la tumeur.

Dans les coupes qui se rapprochent du centre de la tumeur, on voit apparaître autour des vaisseaux, des cellules embryonnaires qui deviennent d'autant plus nombreuses qu'on avance davantage vers le centre de la tumeur et finissent par envahir les acini séparés par du tissu conjonctif adulte. Quant aux

cellules épithéliales des culs-de-sac glandulaires, elles sont déformées et granuleuses; leur noyau a disparu; on ne voit pas leur limite de séparation; elles finissent même par s'atrophier. Les acini sont alors enserrés, puis envahis tout à fait et remplacés par des cellules embryonnaires, les unes rondes, les autres irrégulières, d'autres enfin fusiformes.

Le centre de la tumeur est ainsi constitué : les acini ont complètement disparu et le tissu morbide est représenté par de grands espaces irréguliers, allongés en faisceaux et d'autant plus développés qu'on examine une partie moins centrale de la tumeur. Ils sont remplis de cellules, les unes arrondies, les autres allongées, fusiformes ou irrégulièrement polyédriques, séparées par une substance formée de minces fibrilles conjonctives. Disséminés dans les différentes parties de la préparation, se trouvent des vaisseaux nombreux et fortement dilatés.

Les masses fongueuses, qui faisaient saillie à travers la peau, sont entièrement constituées par une accumulation de cellules dépourvues de substance intercellulaire. Les cellules rondes ou ovoïdes y dominent.

Une coupe pratiquée à la partie postérieure de la tumeur, au voisinage des ganglions, montre en un point un reticulum très fin, contenant des cellules rondes et fusiformes. Il s'agit donc d'un ou de plusieurs ganglions lymphatiques qui ont été englobés par la tumeur.

Le groupe de ganglions le plus reculé présente au contraire les lésions de l'adénite simple. On y trouve cependant quelques rares cellules irrégulières ou fusiformes disséminées au milieu d'un stroma très pauvre en tissu conjonctif.

La peau prise immédiatement au voisinage des ulcérations présente autour des vaisseaux du réseau superficiel, mais surtout de celui qui entoure les glandes sudoripares, une prolifération nucléaire, c'est-à-dire des lésions banales dues à une irritation de voisinage. Aucune lésion des glandes ni des follicules pileux. Aucune altération de l'épiderme.

L'observation qui suit nous offre le second

exemple de tumeur mixte de la sous-maxillaire, résultant de l'union du sarcome du tissu cartilagineux.

Observation VII. — *Chondro-sarcome de la glande sous-maxillaire. — Extirpation. — Guérison.*

La nommée D..... Héloïse, de Plombières (Vosges), âgée de 31 ans, mariée, est adressée par M. le Dr Liétard, de Plombières, à M. le professeur Gross, le 20 novembre 1883. Ses antécédents héréditaires sont nuls ; elle a toujours été bien portante, régulièrement menstruée, sauf pendant ses grossesses au nombre de quatre, et a passé sa vie à la campagne.

La malade entre à l'hôpital pour une tumeur qu'elle porte au-dessous du maxillaire inférieur, du côté gauche.

Le début de la maladie remonte à une huitaine d'années. A cette époque, la malade a commencé par sentir sur le côté gauche du cou, au-dessous de la mâchoire inférieure, une petite grosseur du volume d'une noisette. La tumeur a grossi peu à peu ; mais c'est surtout après ses quatre accouchements successifs que la malade a remarqué l'augmentation de volume de la tumeur. Au mois d'avril dernier, celle-ci était un peu plus grosse qu'un œuf. Après quelques frictions avec la pommade iodurée, elle avait diminué, au dire de la malade. Il n'y a jamais eu ni douleur ni aucun trouble fonctionnel du côté de la voix ou de la déglutition.

Etat actuel. — La tumeur est située sur la partie latérale gauche du cou, au-dessous du maxillaire inférieur, dans la région sous-maxillaire. Elle est limitée en arrière par le bord antérieur du sterno-mastoïdien, en haut par le maxillaire inférieur, en avant par une ligne qui,partant d'un point situé à 0 m. 05 du menton, descend un peu en dehors jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde ; en bas, elle s'arrête au niveau de cet os. La tumeur a la forme d'une pyramide dont le sommet serait inférieur, la base sur le maxillaire. Elle mesure 0 m. 06 de hauteur, 0 m. 06 de largeur à sa base, 0 m. 05 à sa partie moyenne et 0 m. 065 dans son dia-

mètre oblique. Elle est légèrement bosselée à sa surface, trilobée à son bord interne, très dure et de consistance cartilagineuse, parfaitement indolente.

Son siège est superficiel ; elle est située sous le peaussier du cou, mobile sur les parties profondes, notamment sur le maxillaire inférieur, quoique se prolongeant un peu au-dessous de la branche horizontale ; elle est mobile sur le plancher buccal, comme il est facile de s'en assurer en portant un doigt dans la bouche et en imprimant des mouvements à la tumeur. Les conduits de Warthon sécrètent également des deux côtés. A la mâchoire inférieure, absence de la deuxième petite molaire et de la dernière grosse molaire ; quelques autres dents sont cariées.

La tumeur ne détermine aucune gêne dans les mouvements de la mâchoire ou de la déglutition ; aucune altération de la voix.

Etat général excellent.

Diagnostic : Chondrome de la glande sous-maxillaire.

En raison de la rareté du chondrome pur et du mélange d'éléments sarcomateux dans ce genre de néoplasie, M. Gross propose l'extirpation de la tumeur, qui est acceptée.

27 *novembre. Opération.* — Chloroformisation. Précautions antiseptiques ordinaires. Dans la région sous-maxillaire gauche, incision tégumentaire curviligne, à concavité supérieure sur la partie moyenne de la tumeur, partant de l'angle de la mâchoire inférieure et venant se terminer à deux centimètres en dehors de la symphyse du menton. Incision du peaussier et de l'aponévrose superficielle. On jette quelques fils sur les veines superficielles de la région. Le lambeau supérieur ainsi formé est relevé, le bord inférieur de l'incision légèrement abaissé à l'aide de deux érignes. Mise à découvert d'une tumeur d'aspect rosé, de forme lobulée, de consistance dure et parfaitement délimitée. Les adhérences de la coque avec les parties voisines sont faibles ; le manche du bistouri suffit à les rompre. La face supérieure de la tumeur au-dessous du maxillaire est plus difficile à isoler, la coque ayant, en ce point des connexions intimes avec le tissu de la glande sous-maxillaire ; à ce niveau, la tumeur s'enfonce profondément d'envi-

ron 0 m 04 ; pas de rapports avec l'artère et la veine faciales. Le bord antéro-interne de la tumeur présente un prolongement vers la ligne médiane du cou. De ce côté, ainsi qu'en arrière, l'énucléation est facile ; en arrière et en dedans se trouve un pédicule vasculaire sur lequel on jette une ligature avec du fil de catgut nº 2, avant de le sectionner. Enfin, la tumeur est définitivement enlevée. Réunion de la plaie opératoire par trois points de suture avec fil d'argent, un petit drain dans le milieu de la ligne de réunion. Pansement de Lister. Compression par une éponge antiseptique incorporée dans le pansement.

Examen de la tumeur. — La tumeur est de la grosseur d'un petit œuf de poule, de forme pyramidale, à sommet inférieur, très irrégulière et bosselée. Elle se compose de deux parties à peu près symétriques par rapport à un plan qui couperait verticalement la tumeur de sa partie interne vers sa partie externe. Regardée par sa face supérieure, elle a la forme d'un cœur de carte à jouer. La face antérieure, moins régulière, est convexe, a 0m05 de hauteur sur 0m05 dans sa plus grande largeur, c'est-à-dire vers la base ; en diagonale, elle mesure 0m055. On y distingue surtout trois sillons dirigés de bas en haut et de dedans en dehors, formant trois lobes assez nets.

La base de la pyramide est triangulaire : les lobulations y sont multiples, mais beaucoup plus petites.

La tumeur est entourée d'une coque fibreuse assez dense et de couleur rosée. Sur la moitié postérieure de la base de la pyramide, représentée par la tumeur, on voit les traces des adhérences intimes avec le tissu de la glande sous-maxillaire.

La coupe transversale et verticale de la tumeur montre un tissu uniformément blanchâtre, très dur, d'aspect cartilagineux. Le bord externe de la coupe est un peu grisâtre. Quelques granulations plus blanches vers le milieu de la coupe.

L'examen microscopique révèle une tumeur mixte ; il s'agit d'un chondro-sarcome formé par le mélange d'un tissu sarcomateux à petites cellules et d'îlots de cartilage hyalin ; de

temps en temps on trouve de petites lacunes, petits kystes, dont les parois sont tapissées d'un épithélium assez mince à noyaux colorés par le carmin. Sur certaines préparations, on reconnaît nettement des restes de tissu glandulaire salivaire.

Suites de l'opération aussi bénignes que possible. Apyrexie complète.

1er *décembre.* — On ouvre le pansement pour enlever le drain. Aucune réaction locale. La réunion est faite.

Nouveau pansement antiseptique compressif.

6 *décembre.* Troisième pansement pour enlever les fils d'argent.

Le petit orifice par lequel passait le drain est cicatrisé. La guérison est complète.

15 *décembre.* L'opérée quitte le service.

En résumé, les 14 observations de tumeurs malignes de la sous-maxillaire se répartissent ainsi : 6 sarcomes, 5 carcinomes et 3 épithéliomas. Elles diffèrent donc, au point de vue anatomique, des tumeurs malignes des autres glandes salivaires sous plusieurs rapports. Tandis, en effet, que le sarcome est la tumeur maligne de beaucoup la plus fréquente dans la parotide, et l'épithélioma la tumeur maligne exclusivement observée dans la sublinguale, les trois variétés de tumeurs malignes se rencontrent dans la sous-maxillaire sans présenter cette fréquence extrême de l'une d'elles au détriment des deux autres. Second caractère distinctif : presque toujours mixtes ou complexes dans la parotide, toujours simples dans la sublinguale, les dernières sont la règle et les tumeurs mixtes l'exception dans la sous-maxillaire. Si donc cette glande s'éloigne complètement de la sublinguale par la nature de ses tumeurs ma-

lignes, elle s'en rapproche, au contraire, par leur pureté de structure qui, à son tour, la sépare nettement de la parotide.

A quoi tiennent ces différences si marquées entre trois glandes appartenant à un même groupe anatomique et physiologique? Il faut, croyons-nous, en chercher la raison dans leur différence de structure, non pas dans celle du tissu glandulaire qui est à peu près identique, mais dans celle du stroma conjonctif qui l'entoure. L'épaisseur et l'adhérence de l'aponévrose de la parotide et des prolongements nombreux qu'elle envoie entre les lobes, l'abondance du tissu conjonctif péri-lobulaire et péri-acineux contrastent, en effet, avec l'absence de membrane d'enveloppe de la sublinguale et la rareté des éléments conjonctifs qui la pénètrent. La sous-maxillaire, avec son aponévrose d'épaisseur variable, mais jamais adhérente au tissu glandulaire, et son stroma conjonctif lâche et peu abondant, tient le milieu entre ces deux glandes. Ces détails de structure expliquent l'extrême fréquence, dans la parotide, des tumeurs malignes d'origine conjonctive, c'est-à-dire des sarcomes, et la rareté non moins grande dans cette glande, de l'épithélioma et du carcinome, si l'on admet, avec la majorité des auteurs, l'origine épithéliale de ce dernier soutenue par Waldeger, Malassiz, Lancereaux, etc. Inversement, la prédominance du tissu glandulaire, dans la sublinguale, ne rend-t-elle pas compte de la structure exclusivement épithéliale de ces tumeurs malignes? Cette explication est d'autant plus admissible que la muqueuse du plancher de la bouche

est toujours envahie par le néoplasme dont elle est même assez souvent le point de départ.

C'est enfin à cette absence de disproportion entre les tissus épithélial et conjonctif que la sous-maxillaire doit le privilège de donner naissance,avec une fréquence sensiblement égale, à des tumeurs de la série conjonctive et de la série épithéliale.

Avant de terminer ce chapitre, il nous paraît indispensable d'établir, à l'aide d'une sorte de dépouillement, la valeur respective des observations que nous avons réunies. Il s'agit, en effet, de prouver : 1º qu'elles sont toutes relatives à des tumeurs malignes ; 2º que ces tumeurs siègent et ont pris naissance dans la glande sous-maxillaire et non dans les organes voisins.

Il est facile de répondre à la première question ; en effet, à l'exception peut-être d'une seule, toutes les tumeurs étaient de nature maligne. Les trois observations les plus anciennes (obs. VIII, XI et XII), ne signalent. il est vrai, que son aspect macroscopique ; mais deux d'entre elles nous paraissent probantes. Il est, en effet, impossible de se méprendre sur la signification des mots squirrhe et cancer encéphaloïde employés par Larrey et Jobert. On ne peut supposer que deux cliniciens de cette valeur aient pu prendre un enchondrome pour un squirrhe, et une tumeur ganglionnaire molle pour un cancer encéphaloïde de la glande. Le doute ne pourrait subsister que sur la nature de la tumeur opérée par Petrunti (obs. XII) qui, selon les expressions de l'auteur, « avait un aspect malin et se présentait, une fois enlevée, avec les caractères d'une

tumeur molle, spongieuse et encéphaloïde. » L'âge peu avancé du malade, qui n'avait que 25 ans, nous porterait à croire que la tumeur était plutôt un sarcome qu'un encéphaloïde ; mais son indolence absolue, l'intégrité parfaite des téguments et surtout l'absence de récidive, quatre ans après une ablation incomplète, élèvent des doutes sérieux, dans notre esprit, sur sa nature maligne, quoique les auteurs n'hésitent pas à la citer comme un exemple de tumeur encéphaloïde de la région sus-hyoïdienne. Aussi tenons-nous cette observation pour très suspecte.

Dans les onze observations où les tumeurs ont passé sous le microscope, leur nature maligne est indiscutable.

Il nous reste maintenant à établir que leur siège et surtout leur point de départ sont réellement glandulaires. A ce point de vue, nous pouvons les ranger en trois catégories : 1º celles qui sont dépourvues d'examen histologique ; 2º celles qui ont été examinées sommairement au microscope ; 3º celles enfin dont l'examen histologique a été fait d'une manière complète.

La première catégorie ne comprend que les trois tumeurs enlevées par Larrey, Petrunti et Jobert. L'origine glandulaire de la première n'est pas admise par Talazac et Boubeben qui la considèrent comme secondaire et consécutive à l'envahissement des ganglions sous-maxillaires. Mais l'absence de néoplasme dans la zone lymphatique tributaire des ganglions sous-maxillaires élimine la nature cancéreuse de la tumeur. La seule qui pouvait simuler le squirrhe était la forme dure

du lymphosarcome, mais cette tumeur ne reste pas longtemps localisée et ne tarde pas à se généraliser ; or, l'existence de la tumeur depuis dix ans, et l'absence d'autres tumeurs semblables nous font croire qu'il s'agissait très probablement d'un squirrhe primitif de la glande.

Pour Talazac et Bouheben, la tumeur enlevée par Petrunti peut aussi bien se rapporter à une tumeur de la glande qu'à une tumeur ganglionnaire. Cependant, le lymphosarcome mou, que l'aspect rapproche du cancer encéphaloïde, ne reste pas longtemps isolé et s'accompagne rapidement de l'apparition de tumeurs analogues, au cou et dans les autres régions où abondent les ganglions lymphatiques. D'autre part, l'absence de récidive au bout de quatre ans, malgré la conservation d'une petite portion de tumeur qui n'avait pu être enlevée, nous éloigne à la fois de l'idée d'un lymphosarcome et d'un sarcome encéphaloïde de la glande. Il faudrait donc admettre que l'on a tout simplement enlevé des ganglions caséeux ramollis, d'origine scrofuleuse ou tuberculeuse. Nous avons dit plus haut combien cette observation nous paraît suspecte.

Les tumeurs de la seconde catégorie sont au nombre de quatre, dont deux ont été enlevées par le professeur Verneuil. La première observation relatée dans la thèse de Talazac est intitulée : « Epithélioma térébrant de l'angle de la mâchoire; extirpation de la glande et des ganglions sous maxillaires; tumeur épithéliale. » Elle a trait à un homme de 44 ans, de constitution délabrée, présentant depuis sept mois une tumeur dont le lieu et le mode

d'apparition ne sont pas mentionnés. M. Verneuil reconnut, pendant l'opération, que la masse morbide avait envahi l'os dont il résèque la partie malade. « La glande sous-maxillaire et le groupe des ganglions qui lui sont accolés ont été enlevés. » Et plus loin : « On a examiné au microscope la tumeur, et on y a trouvé des cellules épithéliales pavimenteuses. Cette tumeur avait envahi les ganglions sous-maxillaires, la glande même et la mâchoire. » Quel a été le point de départ du néoplasme? L'épithélioma pavimenteux, on le sait, se développe surtout aux dépens de la peau et des muqueuses, tapissées par cet épithélium. Mais l'intégrité de la peau et de la muqueuse du plancher de la bouche fait rejeter ici ce point de départ. « Il peut se montrer, disent Cornil et Ranvier, dans des organes où il n'y pas de glandes, dans les ganglions lymphatiques par exemple, et même aux dépens des glandes acineuses, comme nous l'avons observé dans le voile du palais et la mamelle. » Il peut même se développer dans le maxillaire. » Mais, l'épithélioma primitif de la mâchoire inférieure est rare et débute au niveau du bord alvéolaire; quant à l'épithélioma décrit sous le nom de térébrant, il est spécial à la mâchoire supérieure. Reste donc l'hypothèse du développement de la tumeur dans les ganglions ou la glande sous-maxillaire. Mais si nous comparons l'extrême rareté des tumeurs malignes primitives des ganglions à la fréquence de l'épithélioma d'une autre glande salivaire, la sublinguale, que M. Verneuil a vu débuter dans les culs-de-sac glandulaires, nous sommes conduit à admettre, dans le cas actuel, l'origine glandulaire du néoplasme.

La seconde observation de M. Verneuil, rapportée dans la thèse de Bouheben, est relative à un homme de 65 ans, chez lequel la tumeur était apparue à la suite d'un coup violent reçu à la face interne de la branche horizontale du maxillaire. Le siège de cette tumeur, que M. Verneuil considérait comme appartenant à l'os, ne fut reconnu que pendant l'opération.

« La production morbide remplissait la fossette sous-maxillaire, occupant la place et siégeant dans le tissu même de la glande. » D'ailleurs ses caractères macroscopiques et microscopiques, étaient ceux d'un cancer squirrheux. La rareté extrême des carcinomes sous-périostiques du rebord du maxillaire, dont il n'existe guère, au dire de M. Duplay, qu'une seule observation probante, et d'autre part, la constitution même de la tumeur, qui ne contractait avec le maxillaire que des adhérences périostéiques, fait rejeter l'origine osseuse de la tumeur. Il ne fut pas possible de retrouver de traces des ganglions sous-maxillaires, que la tumeur glandulaire avait certainement englobés et transformés, car on ne saurait songer à leur dégénérescence squirrheuse primitive.

La troisième observation (obs. XIV), rapportée par Scheaf, est intitulée : « Extirpation d'un lympho-sarcome de la glande sous-maxillaire, » et ne donne aucun renseignement sur l'état des ganglions. Quoique le lympho-sarcome ne soit pas spécial aux ganglions et qu'on puisse le rencontrer dans des organes dépourvus de tissu adénoïde, il faut convenir, toutefois, que la présence de nombreux ganglions dans la région sous-maxillaire doit

rendre suspecte toute observation qui rattache, sans la prouver, l'origine d'un lympho-sarcome de cette région à la glande, de préférence aux ganglions.

Dans la dernière observation qui nous a été communiquée par M. Terrillon (obs. XIII), l'examen histologique a été pratiqué au laboratoire du Collège de France, par M. le docteur Chaslin, médecin adjoint de l'hospice de Bicêtre, qui a reconnu la nature sarcomateuse de la tumeur, sans pouvoir affirmer son point de départ dans la glande ou dans les ganglions. Cet examen ayant été malheureusement égaré, nous sommes obligé de nous en tenir à l'observation clinique. L'âge avancé de la malade, la marche rapide de la tumeur qui, en deux mois, avait acquis le volume d'un œuf de poule, et avait contraté de solides adhérences avec le maxillaire, enfin l'absence de tumeurs analogues sur d'autres parties du corps, éloignent l'idée d'un lympho-sarcome et rendrait, pour nous, très probable l'existence d'un sarcome primitif de la glande.

Parmi les sept tumeurs qui ont été examinées avec soin au microscope, et dont les détails histologiques sont relatés d'une manière suffisammant précise, nous trouvons deux tumeurs dues à l'adjonction du tissu cartiligineux au sarcome et au carcinome. Leur origine glandulaire est prouvée à la fois par leurs caractères macroscopiques et microscopiques et par l'extrême rareté du chondrome primitif des ganglions qui, d'après Cornil et Ranvier, se montre surtout autour des glandes comme une transformation de voisinage. Les cinq autres, de structure simple, comprennent deux sarcomes, deux

épithéliomas et un carcinome. Les trois dernières (obs. I, III et IV) ont eu certainement la glande comme point de départ et ne nous arrêteront pas. Mais les deux observations de sarcome appellent la discussion en raison de la fréquence de l'ostéo-sarcome et du lympho-sarcome de la région.

Celle de Pérochaud (obs. V), prise à un point de vue presque exclusivement anatomo-pathologique, ne donne presque pas de renseignements cliniques. La tumeur, observée chez un homme de vingt ans, avait débuté un an auparavant dans la région sous-maxillaire et avait suivi une marche si rapide qu'elle avait envahi, en haut, les régions massétérine, parotidienne, et descendait jusqu'au niveau du creux sus-claviculaire.

L'examen microscopique montra dans la tumeur l'existence de deux tissus bien distincts : l'un, analogue au tissu réticulé d'un ganglion lymphatique normal, l'autre constitué par du tissu embryonnaire, composé de cellules rondes et ne contenant presque pas de trace de tissu adénoïde. « Nous supposons, dit Pérochaud, que la tumeur était un sarcome, mais nous ne saurions dire si elle provient de la glande sous-maxiliaire, d'un ganglion lymphatique ou du tissu conjonctif de la région. »

Nous ne partageons pas entièrement ces réserves ; en effet, la disparition complète du tissu glandulaire et la persistance du tissu ganglionnaire normal, en certains points de la tumeur, n'indique-t-elle pas l'altération plus considérable de la glande et l'envahissement consécutif des ganglions ? Enfin, l'absence presque complète

de reticulum dans le centre de la tumeur, démontre que les ganglions étaient atteints d'un sarcome secondaire ayant détruit le reticulum par une abondante prolifération de cellules embryonnaires, et non pas d'un lympho-sarcome où la structure réticulée est toujours plus ou moins conservée.

Nous serons beaucoup plus affirmatif sur l'origine de la tumeur enlevée par M. Marchand (obs. VI), qui offre quelque analogie de structure avec la précédente. C'était un sarcome fasciculé qui avait aussi envahi la glande et les ganglions; mais la tumeur s'était surtout développée aux dépens de la glande et avait respecté les ganglions les plus reculés. Ce qui donne à cette observation un véritable caractère d'authenticité, c'est l'évolution rapide de la tumeur qui avait fini par ulcérer les téguments. Cette ulcération n'aurait pu être causée que par un lympho-sarcome mou, à généralisation rapide. Or, la tumeur, très dure, était restée unique. De plus, deux ans et demi après l'opération, la malade avait conservé une bonne santé et ne présentait pas d'autre tumeur sur aucune partie du corps. L'origine glandulaire nous semble donc démontrée à la fois par les caractères microscopiques et la marche de la tumeur.

L'examen auquel nous venons de nous livrer nous a permis d'établir la valeur anatomo-pathologique de l'observation sur laquelle nous basons notre étude; il nous donne les résultats suivants : incontestable dans neuf observations, l'origine glandulaire est très probable dans trois cas, et, deux fois seulement, douteuse. Les observations concluantes sont relatives à quatre carci-

nomes (obs. I, II, VIII et IX), trois épithéliomas (obs. III, IV et X), et deux sarcomes (obs. VI et VII), les trois autres à deux sarcomes (obs. V et XIII), et un carcinome (obs. XI), et les deux dernières (obs. XII et XIV) à deux sarcomes.

ÉTIOLOGIE

Obscure comme celle de toutes les tumeurs malignes, l'étiologie offre cependant quelques particularités qui méritent d'être signalées.

1° CAUSES PRÉDISPOSANTES

a) *Age.* — Observé à tous les âges, le cancer de la sous-maxillaire est plutôt une affection de l'âge mûr et de la vieillesse, puisqu'on l'a rencontré dans près des deux tiers des cas au-dessus de 40 ans et surtout à partir de 50 ans. Mais dans plus d'un tiers des cas, il s'est montré de très bonne heure, à 20, 21, 25, 31 et 35 ans. Le carcinome appartenait à des vieillards, tandis que l'épithélioma existait deux fois chez des adultes de 21 et de 35 ans, et une fois chez un malade d'âge mûr. Le sarcome s'est au contraire montré dans les deux âges extrêmes : au-dessus de 50 ans dans la moitié des cas, et dans l'autre moitié chez des adultes de 20, 25 et 31 ans.

L'influence de l'âge ne s'est donc fait sentir que dans le carcinome, affection spéciale à la vieillesse.

b) *Sexe.* — Presque également répartie entre les

deux sexes, l'affection a été rencontrée huit fois chez l'homme et six fois chez la femme.

c) *Hérédité.* — Nous ne relevons dans les antécédents héréditaires que l'existence d'un cancer de l'utérus chez la mère de la malade de l'obs. VI, et dans les antécédents personnels, que l'existence de diathèses banales : le lymphatisme, la scrofule, l'épilepsie et enfin l'alcoolisme chez les deux malades de M. Verneuil.

2° CAUSES OCCASIONNELLES

a) *Grossesse.* — Si la grossesse a, dans certain cas, hâté le développement de la tumeur, elle a paru déterminer à elle seule son apparition chez la malade de l'obs. II, qui, aussitôt après un accouchement, s'aperçut de l'existence, dans la région sous-maxillaire, d'une tumeur du volume d'une amande.

b) *Traumatisme.* — Son influence étiologique ne s'est manifestée qu'une fois, chez une malade de M. Verneuil, qui, à la suite d'un coup violent reçu sur la face interne de la branche horizontale du maxillaire, au niveau de la fossette sous-maxillaire, vit se développer presque aussitôt, au niveau du point contus, après disparition des phénomènes inflammatoires, une tumeur maligne de la glande sous-maxillaire. « Il nous paraît incontestable », ajoute M. Verneuil après avoir relaté cette observation, « que la contusion a été le point de départ de l'altération glandulaire. A coup sûr, dans un grand nombre de cas, le cancer se développe spontanément et n'a pas besoin d'une violence extérieure. Mais l'influence de cette dernière a été si souvent constatée

pour les adénomes, les fibromes, les ostéosarcomes, qu'on ne peut la nier pour les productions cancéreuses proprement dites. L'âge et la constitution du sujet font le reste ». Pour ne parler que des cancers glandulaires, on ne saurait refuser à un traumatisme de la région sous-maxillaire une influence étiologique qu'on accorde à un traumatisme appliqué sur le sein. Qu'on restreigne cette influence, soit ; mais encore faut-il, comme dans le cas actuel où l'apparition de la tumeur a suivi presque immédiatement la violence extérieure, savoir se rendre à l'évidence.

Une dent cariée peut-elle avoir eu quelque influence sur le développement de la tumeur observée chez la malade de l'obs. III ? On pourrait attribuer à la périostite alvéolo-dentaire, consécutive à la carie, un certain rôle sur l'apparition de cette tumeur, par irritation de voisinage, si deux années ne s'étaient écoulées entre la périostite et le début du néoplasme : nous avouons n'avoir pas la foi assez robuste pour voir dans ces deux ordres de faits une corrélation suffisante.

SYMPTOMATOLOGIE

Les auteurs ont l'habitude de décrire séparément, dans la glande mammaire et la parotide, les symptômes du sarcome et ceux du cancer proprement dit, carcinome et épithélioma. Justifiées en effet, dans ces deux glandes, par une différence symptomatique sensible, les descriptions distinctes n'ont pas de raison d'être dans la glande sous-maxillaire, dont le sarcome ne présente aucun caractère clinique spécial, pouvant légitimer une description particulière. Aussi,croyons-nous devoir confondre dans une même étude symptomatique les diverses variétés de tumeurs malignes de cette glande.

Début. — Indiquée dans onze observations, la date d'apparition de ces tumeurs remontait à une époque très variable, puisque la plus récente ne datait que de deux mois (obs. XIII), tandis que la plus ancienne avait débuté seize ans auparavant (obs. II.) La moyenne est, en tout cas, impossible à établir, car si le début de la tumeur ne remontait pas au delà de deux ans dans sept observations, il datait, dans les quatre autres, de huit, dix, quinze et seize ans.

Le siège exact du lieu d'apparition de la tumeur,

noté dans la plupart des cas, a été un peu au dedans et au-dessous de l'angle de la mâchoire. Quand le malade s'est aperçu de l'existence de la tumeur, elle occupait, en effet, la fossette sous-maxillaire, avait à peine le volume d'un haricot, d'une amande, d'une noisette, roulait sous le doigt, était peu un point douloureuse et ne déterminait aucune gêne fonctionnelle.

Période d'état. — Au moment où les malades, préoccupés de l'augmentation continuelle de volume de leur tumeur, ont pu être examinés, celle-ci présentait les caractères suivants :

1° SYMPTOMES PHYSIQUES

a) *Siège.* — Limitée dans près de la moitié des cas à la fossette sous-maxillaire qu'elle remplit complètement en la débordant toujours, la tumeur, dans les autres cas, s'est développée dans tous les sens et envahit les régions voisines. En haut, elle empiète sur la région massétérine en recouvrant tout ou partie de la branche horizontale de la mâchoire. Quelquefois à cheval sur les régions sous-maxillaire et massétérine (obs. VI et VIII,), elle embrasse le rebord inférieur du maxillaire, et fait tantôt saillie sur le côté de la peau, tantôt du côté du repli labio-gingival qu'elle soulève légèrement. La tumeur de l'obs. V remontait même jusqu'au niveau de l'apophyse zygomatique. Au lieu de se développer au-devant de la branche horizontale de la mâchoire, elle passe assez souvent en arrière d'elle et s'applique sur sa face interne; elle fait alors une saillie peu accusée, ne devient véritablement appréciable que dans le renversement de la

tête en arrière. Dans l'obs. III, ce prolongement supérieur était séparé du reste de la tumeur par un sillon horizontal assez profond pour diviser la masse de la tumeur en deux parties : la supérieure, complètement cachée en arrière de la mâchoire, et l'inférieure, beaucoup plus volumineuse, située dans la région sous-maxillaire.

Ce prolongement se dirige du côté du plancher de la bouche et se perd quelquefois dans l'épaisseur des parties molles : il est très difficile, dans ce cas, d'en apprécier les limites, même à la palpation. Mais assez souvent, il devient appréciable à la vue et fait dans la cavité buccale une saillie plus ou moins accentuée, mais recouverte d'une muqueuse toujours intacte, offrant, en un mot, à la vue, tous les caractères de la grenouillette sublinguale. Dans les trois cas ou l'on a noté l'existence de cette saillie buccale (obs. I, III et VIII), la tumeur sous-maxillaire, peu volumineuse, ne faisait sous la mâchoire qu'une saillie peu appréciable. Nous trouvons l'explication de ce fait dans l'épaisseur plus ou moins grande de l'aponévrose qui recouvre la face antérieure de la glande. On sait, en effet, que la sous-maxillaire est comprise dans une loge cellulo-fibreuse, formée par le dédoublement de l'aponévrose cervicale, dont les deux feuillets se réunissent au-dessus et au-dessous de la glande pour s'attacher au rebord inférieur du maxillaire et à la base de l'os hyoïde. Plus épais en arrière, du côté de la parotide, où ils se réunissent pour former de ce côté la loge sous-maxillaire, ils se réduisent en avant en une simple toile celluleuse. Sujette à de

nombreuses variétés individuelles, l'aponévrose est en général plus épaisse et plus résistante au-devant de la glande qui, trouvant de ce côté un obstacle solide à son expansion, repousse le feuillet aponévrotique de sa face profonde et proémine librement du côté du plancher de la bouche. Cette expansion buccale de la tumeur est encore favorisée par une disposition spéciale de ce feuillet profond, il disparaît, en effet, à la partie antérieure de la face profonde de la glande, pour livrer passage à son prolongement antérieur et à son canal excréteur, le canal de Warthon, qui s'en détachent pour s'engager sous le muscle mylo-hyoïdien.

La saillie buccale de la tumeur peut encore avoir deux autres causes : d'une part, l'envahissement isolé des lobules glandulaires supérieurs, voisins du canal de Warthon (obs. III) ; d'autre part, le refoulement de la sublinguale par la sous-maxillaire dégénérée (obs. I.)

La limite inférieure de la tumeur ne dépasse que rarement celle de la région sus-hyoïdienne. Cependant, dans les obs. III et VII, la tumeur atteignait le bord supérieur du cartilage thyroïde, c'est-à-dire, l'extrême limite de la région et, dans l'obs. II, elle la dépassait de quelques centimètres et s'appuyait sur le bord externe du cartilage thyroïde. La tumeur enlevée par Larrey (obs. XI) s'étendait bien au-delà de cette région, puisqu'elle comprimait le larynx et la trachée. Enfin, celle de l'obs. V envahissait la région carotidienne et descendait jusqu'au niveau du creux sus-claviculaire.

Une seule fois (obs. VI), la tumeur atteignait en

dedans la symphyse du menton, dont elle était toujours séparée par quelques centimètres.

Nous trouvons plus de variété dans les limites externes de la tumeur. Assez rarement distante de quelques centimètres de l'angle de la mâchoire, elle atteignait presque toujours et débordait même légèrement cet angle, de façon à venir s'appliquer contre le bord antérieur du sterno-mastoïdien, avec lequel elle ne contractait d'ailleurs aucune adhérence, respectant l'épais feuillet aponévrotique qui sépare la loge sous-maxillaire de la loge parotidienne. Deux fois seulement, elle empiétait sur la partie inférieure de la région parotidienne : dans l'obs. II, où elle remontait par son extrémité postéro-externe jusqu'à quelques centimètres au-dessous du lobule de l'oreille, et dans l'obs. XI où elle atteignait même la région mastoïdienne. La parotide était cependant comprise tout entière dans l'énorme tumeur de l'obs. V.

En résumé, le cancer de la glande sous-maxillaire, se développant tantôt en haut et en avant sur la face antérieure de la branche horizontale de la mâchoire, plus rarement du côté de la cavité buccale, beaucoup plus souvent en dehors jusqu'au bord antérieur du sterno-mastoïdien et presque jamais en dedans du côté de la symphyse du menton, ne reste qu'exceptionnellement limité à la fossette sous-maxillaire, mais ne dépasse d'ordinaire les limites de la région sus-hyoïdienne latérale qu'en haut, où il proémine souvent sur la partie inférieure de la région massétérine et quelquefois du côté du plancher de la bouche.

b) *Volume.* — Cette différence de siège, qui peut dépendre de la portion de glande envahie, ou de l'épaisseur plus ou moins grande de l'aponévrose qui la bride en bas et en avant, tient le plus souvent au volume variable de la tumeur qui offre, généralement, les dimensions d'un œuf de poule, quelquefois celles d'une orange ou des deux poings et peut même atteindre, comme dans l'obs. V, des proportions énormes.

c) *Forme.* — Bien ou mal limitée, la tumeur a présenté une forme généralement arrondie ou ovalaire. Dans un cas (obs. VII), elle était pyramidale, à base supérieure, appliquée sur le rebord inférieur du maxillaire.

d) *Direction.* — Les tumeurs de forme ovoïde ou pyramidale avaient tantôt une direction oblique en bas et en dedans, tantôt, au contraire, une direction transversale, leur grand axe étant parallèle au rebord inférieur du maxillaire.

e) *Surface.* — Dans les huit observations où elle se trouve décrite, nous voyons que la surface de la tumeur était, cinq fois, bombée et, quatre fois, lisse et unie. Cependant, cette surface régulière était, dans deux cas, interrompue par la présence de deux tubercules saillants aux extrémités supérieure et inférieure de la tumeur (obs. II), et par celle de deux énormes bourgeonnements cancéreux à travers les téguments ulcérés (obs. VI).

f) *Consistance.* — Le mode d'exploration le plus commode de la tumeur est la palpation pratiquée à l'aide des deux mains, l'une appliquée sur la région sous-maxillaire et deux doigts de l'autre introduits dans la cavité buccale, pressant sur le plancher de la

bouche. Il permet d'apprécier la consistance, le degré de mobilité de la tumeur, la force et l'étendue de ses adhérences. Uniformément molle dans le cancer et le sarcome encéphaloïdes, la consistance devient très dure dans le squirrhe; dure aussi dans le sarcome fasciculé, elle a présenté la résistance de la glande saine dans deux cas d'épithélioma et de squirrhe où les parties périphériques de la glande avaient été respectées. Une autre tumeur épithéliale avait, au contraire, une consistance très dure, analogue à celle d'un myôme utérin, grâce à la présence du tissu élastique uniformément répandu dans son épaisseur (obs. IV). L'adjonction au cancer du tissu cartilagineux, contribue à donner à la tumeur une consistance extrêmement dure, mais sa distribution, dans toute l'étendue ou seulement dans quelques points de la tumeur, la rend uniformément dure (obs. VII), ou dure seulement par place, au niveau des noyaux cartilagineux (obs. II).

g) *Mobilité.* — D'abord très mobile et roulant sous le doigt, elle conserve, dans la moitié des cas environ, une mobilité parfaite et devient dans d'autres complètement immobile sur le maxillaire. Chez un malade, où elle jouissait d'une certaine mobilité, l'opération fit reconnaître ses nombreuses adhérences au plancher de la bouche, et en particulier aux vaisseaux et aux nerfs sous-jacents. La mobilité de la tumeur n'indique donc pas d'une façon absolue l'absence d'adhérences. De même, son immobilité sur la maxillaire n'est pas un signe certain de l'étendue et de la force de ces adhérences; toute tumeur cancéreuse de la sous-maxillaire,

qui remonte au-devant de la branche horizontale de la mâchoire, perd sa mobilité, grâce au feuillet aponévrotique antérieur qui la comprime, l'aplatit, la bride, en quelque sorte, sur le plan résistant constitué par l'os, avec lequel elle paraît faire corps, et dont elle suit les mouvements. On voit donc que si la tumeur tend à proéminer du côté de la cavité buccale, elle conserve sa mobilité; si au contraire elle se développe au-devant de la branche horizontale de la mâchoire, elle perd la plus grande partie ou la totalité de ses mouvements.

2° SYMPTOMES FONCTIONNELS

a) *Douleur.* — Indolente à son début, la tumeur reste le plus souvent dans le même état : la plupart de celles qui ont été enlevées n'avaient, en effet, jamais été le siège de douleurs. Quelquefois celles-ci surviennent après une période plus ou moins longue d'indolence et deviennent plus ou moins vives, quelles soient spontanées ou développées par la pression. Dans un cas seulement (obs. VI), remarquable par la rapidité de sa marche, la tumeur était, dès le début, le siège de douleurs lancinantes, s'irradiant du côté de l'angle de la mâchoire et jusque dans l'oreille. Nous eûmes l'explication de ce fait dans les adhérences intimes que contractait, avec la tumeur, le nerf dentaire inférieur, à la sortie par le trou mentonnier. Quoi qu'il en soit, nous trouvons, dans l'indolence habituelle de la tumeur, une dérogation à la symptomatologie des tumeurs malignes dont l'une des caractéristiques est d'être douloureuse.

Les fonctions qui peuvent être troublées par la présence d'un cancer de la sous-maxillaire, sont la sécrétion salivaire et la mastication.

b) *Sécrétion salivaire.* — Elle serait diminuée ou abolie dans la glande, d'après Talazac qui ne cite aucun fait pour appuyer son assertion, pourtant reproduite par tous les auteurs. Ce symptôme n'a cependant attiré que trois fois l'attention : normale dans le cas de Gross de Nancy (obs. VII) et dans celui que nous avons observé (obs. VI), la sécrétion de la sous-maxillaire était au contraire augmentée chez le malade de Rengrueber (obs. III) qui, au fur et à mesure du progrès de la tumeur, était de plus en plus tourmenté par une envie de cracher, devenue à la fin presque continuelle et le tenant éveillé une partie de la nuit.

« La sécrétion de la sous-maxillaire, dit encore Talazac, pourrait être remplacée par le suc laiteux du cancer, comme il arrive ordinairement dans le cancer de la glande mammaire. Mais, n'ayant pas constaté par nous-même ce caractère, et les observations restant muettes sur ce point, nous ne pouvons qu'en soupçonner l'existence. » Nous ne voyons, en effet, signalée nulle part cette perversion de la sécrétion salivaire, dont la constatation ne nous paraît d'ailleurs pas facile.

c) *Mastication.* — Peu acccusée dans les observations où elle a été posée, la gêne de la mastication peut tenir à deux causes : à la saillie intra-buccale de la tumeur et à la difficulté du mouvement d'abaissement du maxillaire, dont l'amplitude est plus ou moins gênée par la tumeur sous-jacente.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON

Une fois développé, le cancer de la glande sous-maxillaire suit une marche plus ou moins rapide. Dans les onze observations où l'époque de son début est signalée, on voit qu'il a suivi quatre fois,c'est-à-dire,dans plus des deux tiers des cas, une marche lente, puisqu'il datait de 8, 10, 15 et 16 ans ; et que dans les autres cas, il a évolué rapidement en un an. La tumeur,dont l'évolution a été le plus rapide, celle de l'obs. XIII, datait à peine de deux mois et avait acquis, en ce court intervalle, le volume d'un œuf de poule.

Telle est la marche générale du cancer de la sous-maxillaire. Mais son accroissement ne se fait pas toujours d'une manière uniforme et subit, assez souvent, diverses influences qui donnent un véritable coup de fouet à l'affection. Nous citerons en première ligne la grossesse, dont l'influence est manifeste sur la tumeur de l'obs. VII, qui avait grossi lentement, mais avait présenté une recrudescence manifeste après quatre accouchements. Chose curieuse : la tumeur de l'obs. II qui

était apparue aussitôt après un accouchement, ne fut nullement influencée dans sa marche par les accouchements suivants ni par la ménopause.

On connaît l'influence désastreuse des traumastismes sur la marche des tumeurs malignes. L'observation VI en est un nouvel exemple. Après avoir grossi régulièrement pendant dix mois, la tumeur augmenta rapidement de volume aussitôt après une ponction faite six semaines avant l'entrée de la malade à l'hôpital. Nous devons cependant citer, à titre d'exception, la tumeur enlevée par Scheaf (obs. XIV), dont l'augmentation fut lentement progressive pendant deux ans, malgré un grattage et une cautérisation au galvano-cautère faits par un charlatan.

Chez d'autres malades, la tumeur, après être restée stationnaire pendant quelques années et avoir conservé jusque là l'aspect d'une tumeur bénigne, a grossi tout à coup, sans cause appréciable, et a revêtu tous les caractères d'une tumeur maligne. Nous en trouvons surtout un exemple frappant dans l'observation II où la tumeur, petite, mobile, indolente pendant plus de quinze ans, acquit, en six mois, un volume considérable, devint le siège de douleurs lancinantes et contracta d'intimes adhérences avec la maxillaire.

Enfin, quelques tumeurs ont paru diminuer de volume pendant quelques jours ou quelques semaines, soit spontanément (obs. XIV),soit à la suite de frictions avec la pommade iodurée (obs. VII). Dans les deux cas, la nature sarcomateuse de la tumeur a été cependant parfaitement reconnue au microscope.Dans d'autres cas,

les traitements iodurés et autres n'avaient nullement enrayé sa marche.

Quand la tumeur a acquis un assez grand développement, elle peut contracter de solides adhérences avec les parties voisines, et en particulier avec le maxillaire et la peau. Nous avons vu que cette adhérence au maxillaire n'existait que dans la moitié des cas. Quant aux téguments, ils sont presque toujours respectés et ne présentent que rarement une légère rougeur et un peu d'adhérence. Une fois cependant, chez la malade que nous avons observée (obs. VI), il existait deux larges ulcérations, à travers lesquelles faisaient hernie deux masses fongueuses arrondies, dont l'une avait le diamètre d'une pièce de 5 francs, sécrétant un ichor fétide et saignant avec la plus grande facilité. Ces deux ulcérations, séparées par une mince languette de peau, avaient suivi de près une ponction faite six semaines auparavant.

L'accroissement de la tumeur peut déterminer des *phénomènes mécaniques de compression* sur les organes importants du cou : vaisseaux, nerfs, voies respiratoires. Le fait n'est cependant indiqué que chez le malade de Larrey (obs. XI), dont la tumeur, du volume des deux poings, exerçait une compression sur les principaux vaisseaux du cou, sur le larynx et la trachée, « et mettait le malade dans le plus grand danger. » Quoique la nature de ces troubles ne soit pas indiquée, il est facile de voir que c'est surtout à la suffocation que Larrey fait allusion. Les autres sont ceux de toutes les tumeurs volumineuses du cou : troubles de la voix,

troubles cérébraux dus à l'anémie ou à la congestion du cerveau, etc.

Chez la malade de l'obs. II, la tumeur ne se bornait pas à comprimer les vaisseaux du cou; elle les englobait presque complètement, comme on put s'en convaincre au cours de l'opération; et cependant il n'existait aucun trouble fonctionnel qui pût faire supposer une pareille altération. De même, la compression du grand hypoglosse, par la plupart des tumeurs, n'a jamais déterminé de gêne dans les mouvements de la langue. Nous n'avons également jamais noté de gêne dans la déglutition.

Les ganglions des régions voisines, parotidiens, cervicaux, etc., n'ont jamais paru altérés. Gluge signale seulement, dans l'obs. I, l'existence d'un ganglion lymphatique induré au-dessous du lobule de l'oreille. Quant aux ganglions sous-maxillaires, leur envahissement a été constant et il n'a jamais été possible d'en constater l'existence indépendante de celle de la tumeur glandulaire.

L'état général des malades est presque toujours satisfaisant, même dans les cas où la tumeur suit une marche extrêmement rapide (obs. VI, VIII, Terrier). Il n'était franchement mauvais que chez la malade de l'ob. II, sans présenter, toutefois, les caractères de la véritable cachexie cancéreuse.

Terminaison. — Tous les malades ont été opérés, à l'exception de celui de Gluge, qui mourut avant l'opération, des suites d'une pneumonie, et de celui de Pérochaud, dont la tumeur énorme nétait pas opérable.

Chez deux d'entre eux cependant, l'issue fatale n'était pas douteuse si l'on n'était pas intervenu : les hémorragies fréquentes de la tumeur ulcérée (obs. VI) et l'amaigrissement survenu rapidement en deux mois (obs. XIII), auraient certainement fini par emporter les malades par épuisement ou par anémie. La mort n'aurait également pas tardé à survenir chez la malade de l'obs. II, dont l'état général, qui s'était maintenu excellent pendant plus de quinze ans, devint très mauvais en quelques jours, aussitôt après l'apparition d'un noyau cancéreux secondaire.

La généralisation n'a été, en effet, observée que chez cette malade, atteinte d'un chondro-carcinome de la glande. Elle avait débuté par la branche horizontale du maxillaire inférieur, qui devint le siège d'une tuméfaction nettement séparée de la tumeur primitive. En quelques jours, cette tuméfaction s'étendit à toute la partie médiane de la mâchoire, comprise entre les deux premières molaires, et s'accompagna du ramollisement du bord alvéolaire correspondant et de l'ébranlement des incisives. Malgré l'absence de signes pouvant faire supposer l'existence, dans les ganglions superficiels et dans les viscères, d'autres noyaux secondaires, l'autopsie de la malade, qui avait succombé à l'opération, démontra l'envahissement secondaire des ganglions cervicaux et bronchiques, ainsi que celui de la plèvre et des poumons.

Signalons, en terminant, la curieuse influence de la tumeur sur les attaques épileptiques auxquelles était sujet, depuis son enfance, le malade de l'obs. XII. Les

deux affections suivirent une marche parallèle, les accès devenant de plus en plus fréquents au fur et à mesure des progrès de la tumeur. A la fin, ils étaient d'une intensité si effrayante et avaient tellement altéré l'intelligence, que Petrunti, voyant une relation évidente entre les deux affections, extirpa la tumeur pour faire disparaître les accès. L'evénement lui donna raison; le malade, revu quatre ans après l'opération, n'avait eu aucune nouvelle attaque « et son intelligence avait considérablement gagné. »

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des tumeurs malignes de la sous-maxillaire est entouré des plus grandes difficultés. Elles ne possèdent, en effet, aucun caractère pathognomonique et diffèrent tellement les unes des autres, qu'on ne peut, même dans les cas les plus nets, qu'en soupçonner l'existence. Aussi, faudra-t-il, pour arriver à les reconnaître, procéder par élimination, et ne s'arrêter à l'idée de cancer de la sous-maxillaire, qu'après avoir passé en revue toutes les tumeurs malignes de la région.

Toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une tumeur de la région sous-maxillaire, dont on soupçonnera la nature maligne et le siège glandulaire, on devra se poser successivement les deux questions suivantes :

1° La tumeur est-elle d'origine glandulaire ?

2° Est-elle de nature maligne ?

On peut être appelé à élucider le premier point de ce diagnostic dans les deux circonstances suivantes : la tumeur est mobile ou elle ne l'est pas.

a) *La tumeur est mobile.* — Si elle fait à la fois une saillie sous-maxillaire et sublinguale, le diagnostic du siège de la tumeur est, par exception, des plus faciles. Il

n'y a, en effet, que les glandes sous-maxillaire et sublinguale capables de soulever ainsi le plancher de la bouche. L'existence d'une tumeur sus-hyoïdienne permettra d'éliminer la glande sublinguale. L'absence de phénomènes inflammatoires et de vives douleurs au début ou dans le cours de l'affection, éloignera l'idée d'un corps étranger ou d'un calcul de la glande ou du canal de Warthon. Enfin, la consistance ferme ou dure de la tumeur fera rejeter tout de suite l'idée d'une grenouillette sus-hyoïdienne et sublinguale, et permettra de s'arrêter à celle de tumeur solide de la glande sous-maxillaire, les autres tumeurs solides de la région ne faisant jamais ou presque jamais saillie du côté de la bouche.

Bien autrement difficile devient le diagnostic, lorsque la tumeur est limitée à la région sous-maxillaire. En dehors des *kystes sébacés* et des *lipomes sous-cutanés*, que leur situation superficielle, leur petit volume et leur consistance molle ou demi-molle caractérisent suffisamment, le seul groupe de tumeurs qu'on soit exposé à confondre avec le cancer de la glande au début, appartient à celui des *tumeurs ganglionnaires*. Leur fréquence extrême dans cette région et la rareté des néoplasmes glandulaires explique l'erreur qui peut, nous allions dire qui doit être commise à cette période. Il est évident qu'en présence d'une tumeur solide de la région sous-maxillaire, la première idée qui doit venir à l'esprit est celle d'une tumeur appartenant aux ganglions.

Y a-t-il dans la bouche une cause d'initiation, une

dent carriée, par exemple? La tumeur est une *adénite chronique simple*, souvent entourée d'une zone indurée de péri-adénite, et presque toujours multiple.

Si le sujet est jeune, d'aspect scrofuleux ou tuberculeux, si les tumeurs sont multiples et se rencontrent dans d'autres régions riches en ganglions, si, surtout, on arrive à découvrir chez lui des érosions sur les téguments ou les muqueuses de la face, le diagnostic d'*adénite scrofuleuse ou tuberculeuse* s'impose.

Le malade est-il âgé? On pensera immédiatement à une *adénopathie cancéreuse* secondaire, expliquée par l'existence, presque toujours facile à reconnaître, d'un cancroïde de la peau ou d'une épithélioma des muqueuses, dont les lymphatiques se rendent dans les ganglions sous-maxillaires : téguments de la face, muqueuses buccale, nasale et oculaire. Certains cancers siégeant sur des organes profonds peuvent, cependant, donner lieu à une adénopathie sous-maxillaire qu'un examen minutieux des voies aériennes ou digestives peut seul rattacher à sa cause véritable, comme dans les trois cas de cancers du larynx et de l'œsophage rapportés par les professeurs Verneuil et Duplay.

Un chancre syphilitique de la face, en particulier des lèvres, s'accompagne d'une *adénopathie primitive* des ganglions sous-maxillaires, dont il est d'autant plus facile de reconnaître la nature, que l'ulcération chancreuse peut encore exister ou du moins avoir laissé des traces visibles. D'ailleurs, le chapelet ganglionnaire, avec tous ses caractères bien connus de dureté, de mobilité et d'indolence, ne permettra pas de conserver le moindre

doute sur la nature de cette adénopathie. L'existence d'accidents secondaires : syphilides érosives et surtout ulcéreuses des lèvres, de la langue, de la face interne des joues; syphilides papulo-croûteuses de l'entrée des narines, du sillon naso-génien, feront reconnaître l'adénopathie syphilitique secondaire, d'ailleurs très rarement observée dans cette région. Il ne faudra pas oublier, dans les cas où la nature des ulcérations laisserait quelque doute, d'examiner le malade à fond, c'est-à-dire complètement nu, selon les préceptes de M. le professeur Fournier, seule façon de dépister la vérole. L'*adénopathie tertiaire* de la région est si exceptionnelle, que nous nous contentons de la signaler pour mémoire ; elle n'existe d'ailleurs jamais seule et s'accompagne toujours de l'engorgement des ganglions occipitaux et inguinaux, pour ne citer que les régions où on la rencontre le plus communément. Dans les cas douteux, il sera toujours bon de recourir au traitement ioduré à haute dose, et aux frictions mercurielles, dont l'effet résolutif est si puissant sur les manifestations tardives de la vérole. Si l'on ne trouve aucune cause générale ou locale, spécifique ou non, capable d'expliquer l'existence de la tumeur, le diagnostic se trouve forcément circonscrit entre une tumeur primitive de la glande ou des ganglions. Bien rares cependant sont les tumeurs primitives ganglionnaires, à l'exception des lymphadénomes ou lympho-sarcomes que l'on y rencontre assez souvent. Il sera possible de reconnaître, à sa consistance molle, le lympho-sarcome malin, dont l'évolution et la généralisation rapides sont un des principaux carac-

tères. La forme localisée du lympho-sarcome, celle que l'on a appelée lympho-sarcome dur ou *lymphadénome*, offre au début plus d'une analogie avec les hypertrophies ganglionnaires simples. Mais après être resté quelque temps stationnaire et limité à la région sous-maxillaire, il ne tarde pas à se multiplier dans le voisinage et à former, dans la région cervicale, un véritable chapelet de tumeurs volumineuses, donnant au cou du malade, en l'exagérant encore, cet aspect particulier que notre maître, M. de Saint-Germain, désigne si heureusement dans l'adénopathie diphtéritique, par l'expression imagée de cou proconsulaire. Dans la véritable leucocythémie, la pâleur du sujet et l'augmentation considérable des globules blancs du sang, éclaireront encore le diagnostic.

Il est enfin un signe, indiqué par Talazac, qui démontre sûrement le siège glandulaire de la tumeur : c'est le signe du stylet, qui consiste dans la possibilité de communiquer les mouvements, imprimés à la tumeur sus-hyoïdienne, à un stylet introduit dans l'orifice du canal de Warthon correspondant. La rareté des tumeurs de la glan defait oublier de rechercher ce signe, véritablement caractéristique, qui, dans les cas douteux, jugera la question.

Ce n'est donc qu'après avoir passé en revue les diverses tumeurs ganglionnaires qu'on pourra placer le siège de la tumeur dans la glande sous-maxillaire.

b) *La tumeur est immobile.* — Il est tout naturel de penser qu'elle est constituée par l'os lui-même. Il est des cas, en effet, où l'immobilité absolue et la dureté

considérable du néoplasme pourraient faire croire à une tumeur du rebord du maxillaire inférieur : *exostose, fibrome, enchondrome, ostéosarcome,* au début, si les commémoratifs ne mettaient sur la voie, en rappelant que la tumeur, à son début, était mobile, roulait sous le doigt et siégeait au-dessous du rebord du maxillaire. Du reste, une palpation attentive, pratiquée à la fois par la voie buccale et la voie sus-hyoïdienne, fera assez souvent reconnaître le siège extra-osseux de la tumeur.

Lorsqu'elle a envahi les téguments, il est plus difficile d'établir qu'elle ne siège pas dans l'os, et qu'on ne se trouve pas en présence de toutes les variétés de tumeurs malignes de la branche horizontale de la mâchoire, de l'épithélioma, du carcinome et surtout de l'ostéosarcome, de beaucoup la plus fréquente. Les commémoratifs devront être recherchés avec beaucoup de soin et donneront souvent des renseignements de grande valeur sur le lieu et le mode de début de la tumeur. La ponction, avec une aiguille à acupuncture ou un petit trocart, semblerait, *a priori*, devoir donner des indications précieuses pour le diagnostic. Le professeur Verneuil s'est, en effet, servi une fois (obs. IX), de ce mode d'exploration dans le but d'éclairer le diagnostic, et la pénétration du trocart dans une masse solide, sans cavité, suivie de l'issue d'une certaine quantité de sang, le confirma dans l'idée qu'il s'agissait d'un ostéosarcome. Or, la tumeur était un squirrhe de la glande sous-maxillaire, ayant contracté avec l'os de solides adhérences périostiques. Ce mode d'exploration est

donc infidèle et doit céder le pas à l'examen attentif des caractères physiques de la tumeur. Centrale, elle détermine un épaississement général de l'os et proémine à la fois sur les deux faces; sous-périostique, elle se développe, le plus souvent, du côté du rebord alvéolaire et fait rarement saillie à la face antérieure de l'os. Il suit de là, qu'une tumeur dure ou molle, adhérant aux téguments, d'une immobilité absolue, saillante en avant, et ne faisant au contraire, en arrière, qu'une légère saillie au niveau du plancher de la bouche, n'a vraisemblablement pas son point de départ dans l'os.

Peut-on confondre une *périostite chronique* de la branche horizontale de la mâchoire avec une tumeur de la glande? L'observation de Verneuil prouve que cette erreur de diagnostic est possible. Dans le cas auquel nous faisions allusion un peu plus haut, la tumeur peu douloureuse, adhérant à peine aux téguments, avait suivi une contusion violente, reçue sur la face interne du rebord du maxillaire, et semblait indiquer l'existence d'une périostite chronique, avec abcès sous-périostique probable. Cependant, M. le professeur Verneuil s'y méprit et confondit successivement, avec une périostite chronique et un ostéosarcome, un squirrhe primitif de la glande adhérant au maxillaire.

L'origine osseuse de la tumeur écartée, on pensera à son origine ganglionnaire. Mais les adénites scrofuleuses et tuberculeuses n'arrivent pas à cette période sans se ramollir et suppurer. L'existence facile à constater, d'un cancer avoisinant, expliquera l'adénopathie cancéreuse, dont l'ulcération ne tardera pas à succéder aux

adhérences qu'elle contracte avec la peau. L'adénite syphilitique tertiaire gommeuse se reconnaîtra aux caractères mêmes de l'ulcération dont les bords, taillés à pic et cuivrés et le fond bourbillonneux, diffèrent des bourgeons fongueux et exubérants qui caractérisent les ulcérations cancéreuses. Dans les cas douteux, l'iodure de potassium à haute dose et le pansement à l'emplâtre de Vigo éclaireraient rapidement le diagnostic. Le cancer primitif des ganglions ne mérite pas de nous arrêter; il n'en existe qu'un cas authentique. Le lympho-sarcome est, ici encore, la tumeur qui prête le plus à la confusion; la variété molle se reconnaîtra assez facilement par sa pullulation si rapide; mais comment distinguer le lympho-sarcome, dur, isolé, d'une tumeur maligne de la glande? Le microscope seul a fait faire ce diagnostic différentiel, et encore, dans combien de cas ne suffira-t-il pas à dissiper tous les doutes?

Nous supposons pourtant que le siège glandulaire de la tumeur a pu être établi. Il reste à éclaircir le second point.

2° *La tumeur de la glande est-elle d'origine maligne ?*

Si nous exceptons les calculs de la glande et du canal de Warthon qui ne constituent pas, à proprement parler, des tumeurs de la glande et s'accompagnent de douleurs caractéristiques, ainsi que les tumeurs liquides de la glande : grenouillettes séreuses, sanguines, kystes dermoïdes, etc., que leur consistance fait immédiatement rejeter, nous ne trouvons dans la glande que deux variétés de tumeurs solides, l'adénome et l'adéno-chondrome, pouvant simuler le cancer.

Le auteurs donnent les caractères distinctifs de chacune d'elles : à l'adénome appartiennent la consistance ferme plutôt que dure, les bosselures peu marquées, l'indolence, la mobilité, la marche lente ; mêmes caractères, mais beaucoup plus accusés dans l'adéno-chondrome ; dureté considérable, véritables nodosités de sa surface, indolence, excessive mobilité, marche très lente, absence de récidive après ablation.

Mais peut-on distinguer ce groupe de tumeurs bénignes d'avec les tumeurs malignes de la glande ? Cette distinction n'est possible que dans quelques cas où l'existence de douleurs lancinantes, l'adhérence précoce à l'os et à la peau et l'augmentation rapide du volume de la tumeur, indiquent suffisamment sa nature maligne. Mais dans les cas assez fréquents, où les caractères et la marche de la tumeur sont ceux des tumeurs bénignes, le diagnostic devient complètement impossible entre ces tumeurs de structure pourtant si différente, et l'on confondra un chondro-sarcome ou un chondro-carcinome avec un adéno-chondrome, et un épithélioma et un sarcome fasciculé avec un simple adénome.

Mais, en supposant connus le siège et la nature de la tumeur, il reste à établir à quelle variété de tumeurs malignes elle appartient. Si elle est uniformément dure, on supposera l'existence d'un squirrhe ou celle d'une tumeur mixte dans laquelle le tissu cartilagineux entre pour une très grande part. Une dureté, limitée en certains points, indique, au contraire, la présence de noyaux cartilagineux disséminés. Mais il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de distinguer un épithélioma ou

trame fibreuse ou élastique d'avec un squirrhe ou une tumeur chondromateuse mixte. Seule, la consistance molle de la tumeur fera supposer l'existence d'un sarcome embryonnaire, si le sujet est jeune, ou d'un cancer encéphaloïde lorsqu'il est âgé. Mais l'évolution e ces tumeurs n'étant, comme nous l'avons vu, nullement liée à leur structure, et les allures bénignes, qu'elles prennent assez souvent, pouvant se rencontrer dans les trois variétés de tumeurs malignes, il devient oiseux de rechercher leurs caractères différentiels.

Deux particularités beaucoup plus importantes à connaître, sont l'étendue des adhérences avec le maxillaire et les parties molles environnantes, qu'on ne pourra malheureusement déterminer d'une façon précise que dans un nombre limité de cas, et surtout l'existence, dans d'autres parties du corps, de noyaux cancéreux secondaires. Il ne faudra pas moins de toute la sagacité du chirurgien pour reconnaître cette généralisation de la tumeur dans les organes superficiels ou profonds.

PRONOSTIC

Il est assez difficile de se faire une idée exacte du degré de malignité du cancer de la sous-maxillaire, puisque l'évolution naturelle de la tumeur a été interrompue par l'opération à des époques plus ou moins éloignées de sa date d'apparition, excepté dans un cas où le malade mourut, avant l'opération, d'une pneumonie intercurrente, et dans un autre où la tumeur était inopérable. Cependant, la rapidité de la marche est un sérieux élément de pronostic. La lenteur avec laquelle se sont développées les tumeurs dans près de la moitié des cas, atténuerait la gravité du pronostic, si nous ne savions pas que ces tumeurs, d'apparence bénigne, peuvent revêtir, d'un moment à l'autre, sous l'influence d'une cause souvent minime, toutes les allures des tumeurs malignes. L'état général, satisfaisant, de la plupart des malades et la rareté des troubles de compression, plaident encore en faveur de la bénignité relative de l'affection. S'il fallait établir le pronostic d'après la nature de la tumeur, nous dirions que le carcinome est plus grave, à cause de la généralisation qu'il a présentée dans un cas. Mais, en dehors de cette particularité, nous ne trouvons rien qui démontre, dans le carcinome, une malignité plus grande que celle du sarcome.

Au contraire, les tumeurs dont les caractères objectifs paraissaient être ceux des tumeurs les plus malignes, et dont l'évolution a été le plus rapide, étaient relatives à des sarcomes (obs. VI et XIII). L'épithélioma serait certainement la tumeur dont l'évolution se rapprocherait le plus de celle des tumeurs bénignes; ajoutons qu'elle est aussi la variété la moins fréquente. La présence du tissu cartilagineux dans la tumeur ne paraît modifier en rien son degré de malignité. Si, en effet, il prédominait dans la tumeur enlevée par Gross (obs. VII), dont la marche lente et les caractères la rapprochaient des tumeurs bénignes, il constituait, dans l'obs. II, le tiers de la tumeur qui s'était généralisée et dont les noyaux secondaires reproduisaient les deux éléments constituants de la tumeur. Les résultats obtenus par l'opération ne doivent pas être négligés et sont un des facteurs les plus importants du pronostic. Ils nous démontrent que l'opération n'a été fatale que trois fois sur douze, c'est-à-dire chez le quart des malades; que chez les deux malades qui ont été revus, la tumeur n'avait pas récidivé deux ans et demi (obs. VI) et même quatre ans après l'opération (obs. XII).

En résumé, la marche lente de la tumeur, dans près de la moitié des cas, la rareté des phénomènes de compression et de la généralisation, la conservation de la santé chez la plupart des malades qui ont été opérés, et l'absence de récidive chez les deux malades qui ont pu être suivis, nous montrent que le cancer de la glande sous-maxillaire est loin d'avoir la gravité du cancer des autres glandes et en particulier des glandes salivaires.

TRAITEMENT

Le manuel opératoire ne nous arrêtera pas longtemps. L'extirpation de ces tumeurs n'a, en effet, rien de spécial et doit être faite suivant les règles qui président à l'extirpation des tumeurs ganglionnaires de la région. Les divers procédés sont d'ailleurs longuement exposés dans la thèse de Bouhebeu. Aussi, nous bornerons-nous à signaler les particularités intéressantes qui ont accompagné ou suivi les opérations pratiquées chez nos malades.

Presque toutes les tumeurs ont été enlevées par la voie sus-hyoïdienne. La voie buccale est cependant préférable dans les cas où la tumeur proémine de ce côté, elle a été suivie par Jobert (de Lamballe) dans le cas suivant :

Observation VIII. — *Dégénérescence cancéreuse de la glande sous-maxillaire ; extirpation par Jobert.* (Observation rapportée par Z..., qui assistait à l'opération et qui est l'auteur d'un article sur ce sujet, dans la *Gazette des Hôpitaux*, de 1849, p. 18).

Jobert a enlevé la glande sous-maxillaire chez une femme d'une soixantaine d'années. Cette glande, du volume d'un œuf de poule, faisait saillie au-dessous de la branche horizontale

du maxillaire inférieur et dans la bouche, sous la langue, qu'elle soulevait. Après avoir détaché la tumeur par quelques coups de ciseaux et de bistouri, Jobert a pu, par des tractions répétées, mais modérées, énucléer en quelque sorte l'organe malade, sans presque avoir recours de nouveau à l'instrument. L'ablation de la tumeur fut faite par la bouche, sans aucune plaie extérieure. Il n'y eut qu'une faible hémorragie qui fut facilement arrêtée.

L'examen de la glande démontra bien évidemment sa dégénérescence encéphaloïde, plus avancée vers le milieu de l'organe que dans le reste de son étendue.

Après l'extirpation de la glande, le doigt indicateur, plongé dans le vide laissé par la tumeur, pouvait à peine en atteindre le fond. C'était bien la glande sous-maxillaire qui avait été enlevée.

Après l'opération, Jobert dit que c'était la première fois qu'il voyait une altération de ce genre dans la glande sous-maxillaire.

La résection d'une portion de la branche horizontale du maxillaire a été pratiquée trois fois pour des tumeurs volumineuses. Ce sont elles surtout qui contractent des adhérences avec le maxillaire, et ces adhérences paraissent si solides, qu'on en conclut facilement à l'envahissement du maxillaire et qu'on se décide à enlever, en même temps que la tumeur, la portion d'os qu'on suppose malade. Nous avons vu cependant qu'à cet égard, les apparences étaient souvent loin de la réalité et que telle tumeur, qui parait adhérer intimement à l'os, ne lui est souvent unie que par des adhérences simplement périostiques, quelquefois faciles à détacher à l'aide de la rugine. M. le professeur Verneuil prévoyait évidemment cette éventualité dans l'obs. suivante, relative à une tumeur qu'il croyait être un ostéosarcome, mais sur

le siège de laquelle il conservait encore quelques doutes. Il voulut, avant de réséquer la portion d'os envahie, se rendre compte du siège exact de la tumeur qu'il mit à découvert, par une incision parallèle au bord de la mâchoire, comme s'il s'était agi d'une simple extirpation. Il n'eut d'ailleurs qu'à se louer de cette réserve qui lui permit d'enlever la tumeur sans réséquer la portion correspondante de l'os qui ne lui adhérait que par son périoste.

Observation IX. — *Cancer de la glande sous-maxillaire ; erreur de diagnostic ; extirpation de la glande ; pyohémie ; mort.*

Au mois de mars 1868, au n° 4 de la salle Saint-Louis, à l'hôpital Lariboisière, était couché un homme de 65 ans, vigoureux, bien portant, muni d'un embonpoint notable, légèrement entaché d'alcoolisme, sans traces de scrofule et de syphilis.

Il fait remonter à six mois le début de son mal. A cette époque, il reçut un coup violent sur la face interne de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur. La douleur persista quelques jours, mais se dissipa sans traitement spécial et sans forcer le malade à interrompre ses travaux.

Bientôt après, cependant, il s'aperçut, dans la région contusionnée, d'un léger gonflement qui s'accrut peu à peu, surtout dans le dernier mois, devint le siège de quelques souffrances et décida notre homme à entrer à l'hôpital.

Voici ce que nous constatons :

Une tuméfaction, siégeant moitié sur la branche horizontale du maxillaire inférieur, moitié au cou, dans la région sous-maxillaire et embrassant le bord inférieur de l'os. Elle a le volume d'un demi-œuf de poule, et n'atteint ni l'angle de la mâchoire en arrière, ni la symphyse en avant, et fait, au-dessus du plan des parties voisines, une saillie de deux centimètres. Elle est lisse, régulière, sans mamelon ni bosselure ; elle se termine par un bord aminci et se confond, sans ligne de dé-

marcation bien tranchée, avec les parties ambiantes. Elle est immobile et fait corps avec la branche de la mâchoire. Sa consistance est ferme, sans être très dure, rénitente plutôt que fluctuante. Elle est recouverte par la peau qui y adhère un peu, mais qui n'a pas subi de changement notable.

La pression un peu forte provoque de la douleur, mais ne laisse pas d'empreinte. On ne trouve aucune saillie du côté du plancher buccal, seulement un soulèvement léger de la muqueuse du cul-de-sac labio-gingival. Plusieurs dents sont gâtées çà et là, mais elles ne sont point douloureuses, ne l'ont pas été depuis longtemps, et, au niveau de la tumeur, ne sont point ébranlées. Aucun engorgement ganglionnaire dans le voisinage.

La mastication, la déglutition, les mouvements de la mâchoire, s'effectuent tout à fait normalement.

Le diagnostic restait fort incertain.

L'adhérence large et intime avec la mâchoire, surtout à sa face externe, l'absence de toute mobilité, le défaut de saillie du côté du plancher sublingual, firent rejeter d'emblée toute participation de la glande sous-maxillaire. On ne songea même pas à examiner le canal de Warthon et l'excrétion de la salive. Quelques-uns des mêmes motifs, l'âge du malade, l'absence de tout foyer d'irritation dans la sphère lymphatique, firent repousser également l'idée d'une adénopathie.

Les rapports avec l'os, la douleur au toucher, la circonstance antérieure d'une contusion, firent incliner vers une lésion de la mâchoire. Mais la consistance excluait l'exostose. Le siège, loin des dents, et l'intégrité de celles-ci, les douleurs presques nulles, sauf à la pression, s'accordaient mal avec l'idée d'un kyste, d'un fibrome ou d'un ostéosarcome. J'inclinai à admettre une périostite chronique, à marche lente, avec abcès sous-périostique en voie d'accroissement. Le développement assez rapide dans le dernier mois, la sensibilité au toucher, me confirmaient dans cette opinion. Cependant, je crus utile de faire une ponction exploratrice dans le point le plus mou de la tumeur.

Le résultat fut négatif. Le trocart traversa une masse solide

sans cavité, et la piqûre ne donna issue qu'à du sang. Le diagnostic d'ostéosarcome parut établi. La tumeur, sous l'influence de la ponction et des explorations réitérées, s'accrut rapidement ; la peau rougit et devint sensible. Je crus devoir opérer promptement.

Je me proposais naturellement de faire la résection partielle du maxillaire inférieur ; mais, mes doutes persistant encore à un certain degré, je voulus, avant de sectionner l'os, explorer directement la masse morbide. Je pratiquai donc, sur la partie la plus saillante de la tumeur, une incision courbe, à convexité inférieure, comme s'il s'agissait d'une simple extirpation. Le lambeau cutané fut détaché jusqu'à sa base et relevé. Je disséquai de même la lèvre inférieure de l'incision et reconnus, alors, que la production morbide remplissait la fossette sous-maxillaire, occupant la place et siégeant dans le tissu même de la glande salivaire du même nom.

Je me mis en devoir d'achever l'ablation. Je détachai d'abord le prolongement qui recouvrait la face externe de la mâchoire. L'adhérence au périoste était telle que cette membrane dût être enlevée avec la tumeur, d'où résultait une dénudation assez étendue de l'os, qui d'ailleurs me parut sain. Opérant avec mes doigts et des instruments mousses, je détachai la masse, en procédant d'avant en arrière et de haut en bas ; j'isolai peu à peu la face profonde de la circonférence de la tumeur qui, bientôt, ne tint plus que par son extrémité postérieure.

Là, je redoublai de précaution, m'attendant à trouver l'artère faciale et voulant la lier exactement.

Je coupai donc, à petits coups, les dernières attaches, comme on coupe le cordon dans la castration. Un jet de sang m'avertit que le vaisseau principal était divisé.

Une ligature fut aussitôt appliquée ; après quoi, avec quelques tractions, j'enlevai complètement la tumeur.

Celle-ci était beaucoup plus volumineuse que je ne l'avais pensé, dure, élastique, criant sous le scalpel dans presque toute son étendue, un peu plus molle seulement vers sa face externe. Elle offrait à la coupe tous les caractères du squirrhe. A la circonférence, on distinguait toutefois les lobules

et l'aspect acineux ; mais au centre, on ne trouvait qu'un tissu lardacé, donnant au râclage un suc crémeux assez abondant, renfermant de grandes cellules du cancer. On ne put retrouver les ganglions lymphatiques sous-maxillaires.

C'était donc à cette variété morbide que nous avions affaire. Ainsi s'expliquait l'adhérence si solide aux parties environnantes et l'immobilité de la tumeur. Quand à la forme bizarre de celle-ci et à sa singulière migration en dehors et en haut, elle a eu pour cause, sans doute, la résistance opposée à son développement inférieur par la loge aponévrotique, qui bride fortement en bas la glande sous-maxillaire.

Il nous restait une vaste excavation béante au fond de laquelle on distinguait le mylo-hyoïdien, le digastrique, l'hypoglosse, le bord dénudé du maxillaire, etc. Un petit vaisseau, qui laissait suinter du sang rouge, fut lié, et le vide fut comblé avec des boulettes de charpie imbibées d'eau-de-vie camphrée. Ce pansement simple fut arrosé toutes les heures avec le même liquide.

Pendant les trois premiers jours, tout se passa fort bien. Il y eut une réaction fébrile modérée, une tuméfaction médiocre de la région sus-hyoïdienne, une légère difficulté de la déglutition ; mais le quatrième jour, dans l'après-midi, survint une hémorragie assez forte, qui fut arrêtée par la compression et le perchlorure de fer.

Le lendemain, à la visite, je trouvai la plaie d'un mauvais aspect ; la suppuration était peu abondante et séreuse, l'os dénudé, seç et terne. En abstergeant doucement la surface pour reconnaître la source de l'hémorragie, j'entraînai le fil jeté sur la faciale. Celle-ci donna un jet de sang, qu'une ligature arrêta aussitôt.

La plaie et les parties environnantes furent badigeonnées avec la teinture d'iode pure, et je prescrivis un purgatif, puis le sulfate de quinine et l'aconit.

Tout resta inutile. Le suintement sanguin ne se renouvela pas ; mais les frissons répétés, le subdelirium, la teinte ictérique de la peau, n'annonçaient que trop une pyohémie, qui enleva le malade trois jours après.

L'autopsie ne fut pas faite.

Quelques points me paraissent devoir être relevés dans cette histoire. D'abord la cause traumatique. Il me paraît incontestable que la contusion a été le point de départ de l'altération glandulaire. A coup sûr, dans un grand nombre de cas, le cancer se développe spontanément et n'a pas besoin d'une violence extérieure. Mais l'influence de cette dernière a été si souvent constatée pour les adénomes, les fibromes, les ostéosarcomes, qu'on ne peut la nier pour les productions cancéreuses proprement dites. L'âge et la constitution du sujet font le reste.

L'issue funeste, à la suite d'une opération qui avait été laborieuse à la vérité, mais qui, cependant, n'avait compromis aucun organe important, s'explique jusqu'à un certain point par la région.

J'ai constaté souvent des dangers réels qui accompagnent les plaies, les phlegmons de la région sus-hyoïdienne. J'ajoute que le sujet était vigoureux et bien portant, mais en revanche, il était quelque peu ivrogne, et je crois suffisamment démontrée la part que prend l'intoxication alcoolique dans la terminaison fatale des blessures accidentelles ou opératoires.

Enfin, je ne puis m'empêcher de faire ressortir toutes les conditions qui m'ont conduit logiquement à faire une erreur de diagnostic. Le développement rapide du mal, la situation de la tumeur, son immobilité, le silence des auteurs sur les affections de la glande sous-maxillaire, et par conséquent l'absence de renseignements sur les caractères cliniques de ces affections, ont égaré mon diagnostic, ou du moins l'ont, jusqu'à la fin,

rendu incertain. Au reste, le préjudice a été minime, puisqu'en fin de compte, il fallait toujours pratiquer l'extirpation.

Je me demande encore si, en présence des adhérences si solides qui ont eu pour résultat la dénudation étendue de l'os, il n'eût pas été préférable de faire la résection partielle de la mâchoire, pour avoir une plaie plus libre et moins anfractueuse et pour prévenir une exfoliation inévitable d'un os aussi largement dénudé.

Ce sacrifice inutile de cette portion du maxillaire qui a été évité par M. Verneuil, a été fait par M. Marchand dans le cas que nous avons observé. Mais comment supposer qu'une tumeur qui s'était ulcérée en deux points, et dont la mobilité absolue sur le maxillaire indiquait la propagation à l'os, comment supposer que cette tumeur ne contractait avec le maxillaire que de faibles adhérences périostiques ? La résection simultanée de la portion d'os envahie paraissait donc indiquée. Nous doutons même que, dans un cas semblable, un chirurgien songe à conserver la portion de maxillaire qui paraît faire corps avec la tumeur.

Dans l'observation suivante, M. Verneuil, qui voulait ménager l'os, fut cependant obligé de faire la résection de la portion envahie par la tumeur :

Observation X. — *Epithélioma térébrant de l'angle de la mâchoire ; extirpation de la glande et des ganglions sous-maxillaires; tumeur épithéliale; mort.*

Le 5 avril 1873 est entré, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, nº 28, le nommé Denis Isidore, âgé de 44 ans, garçon de magasin, ayant une tumeur à l'angle de la mâchoire (côté

droit), de la grosseur d'un œuf de poule, mobile à la partie superficielle, mais très adhérente aux parties profondes, douloureuse à une pression énergique, et lancinante par intervalles. Pas de changement de coloration à la peau.

Antécédents. — C'est un homme qui a toujours joui d'une excellente santé et n'a jamais eu d'autres tumeurs.

Mais à la fin de 1872, vers le mois d'octobre, il a vu se développer la tumeur susdite, d'abord indolente, puis douloureuse, et après avoir employé force médicaments et toute espèce de pommades sans résultat aucun, il entra à l'hôpital de la Pitié.

État actuel. — Cet homme, quoique paraissant robuste, a une constitution détériorée, il est un peu alcoolique et il est relativement assez maigre.

Le 6 avril, M. Verneuil diagnostique une tumeur de mauvaise nature et décide l'opération.

Le 18, il fait l'extirpation de la masse morbide. L'opération a été très laborieuse.

Après avoir fait une incision curviligne à concavité inférieure, de façon à assurer l'écoulement du pus et à dissimuler la cicatrice au-dessous du bord de la mâchoire, il procède à l'énucléation avec les doigts. Mais ayant remarqué que la masse morbide avait envahi l'os, il fait la résection partielle du maxillaire inférieur avec la scie à chaîne et la pince de Liston, afin de détruire la totalité du mal. Il n'y a pas eu d'hémorragie ; la glande sous-maxillaire et le groupe des ganglions qui lui sont accolés ont été enlevés. Pas de réunion. L'excavation a été mollement remplie de charpie fine et pansée avec des compresses imbibées d'eau alcoolisée. La charpie intérieure a été renouvelée chaque jour.

Le soir, à la contre-visite, léger mouvement fébrile, gêne considérable de la déglutition, articulation des mots presque impossible.

Le 19. A la visite du matin, la fièvre continue. Plaie douloureuse, déglutition très difficile et douloureuse. T. 39°2.

Le 20. Même état que la veille ; suppuration abondante.

Le 21. Tension moins grande des parties. Diminution de la fièvre. T. 38°2.

Le 23. Le malade se trouve bien, la plaie suppure en abondance. Parole assez facile, l'appétit se fait sentir. Déglutition peu douloureuse. T. 37°6.

A partir de ce jour, la guérison continue jusqu'au 29 mai. A cette époque, le malade tombe dans un état de prostration inquiétant; la plaie prend un mauvais aspect, devient blafarde. M. Verneuil, craignant l'infection purulente, lui administre deux verres d'eau de Sedlitz. T. 39°4.

Le 30. — Même prostration, mêmes craintes de la part du chirurgien. T. 40°2.

Le 31. — Le malade tombe dans un état d'affaissement complet. T. 40°8.

Le 1er juin — Même état que la veille. La respiration vient pénible et stertoreuse. T. 40°2.

Le 3, le 4, le 5 et le 6. — Rien à signaler de nouveau. Le malade ne semble plus se préoccuper de ce qui se passe autour de lui. La respiration devient de plus en plus pénible.

Le 7. — Même état que les jours précédents. Diminution notable de la température : le thermomètre ne donne que 37°6.

M. Verneuil désespère de le sauver et annonce une issue funeste.

Le 8. — A la visite du matin on entend le râle de la mort. A 3 heures de l'après-midi, mort.

L'autopsie a été faite par M. Nepveu, et il résulte de l'examen anatomique que le malade a succombé à une phlébite suppurative. On a trouvé du pus en nature dans la veine jugulaire interne à partir de l'angle de la mâchoire. On en a trouvé également dans le tissu latéral gauche, le tissu transverse et le tissu coronaire.

Par l'intermédiaire de ces deux derniers tissus, le pus arrivait à droite jusque dans le tissu pétreux inférieur droit; de ce côté, du reste, il y avait des traces évidentes de phlébite sur quelques-unes des petites veines de la face supérieure du rocher. La veine ophtalmique droite était remplie de pus; la gauche était obstruée par des caillots, et toutes les veines de l'encéphale étaient remplies de sang noir coagulé.

La jugulaire externe droite était complètement saine. La

gauche était étranglée par le tissu environnant et très rétrécie. Elle était obstruée dans une étendue de quelques millimètres, par un petit caillot rougeâtre.

La carotide était enflammée dans tous les points où elle était en contact avec la phlébite des tissus et notamment au niveau du tissu caverneux. Dans la partie inférieure de la jugulaire gauche jusqu'au cœur, et de ce point jusqu'à l'artère pulmonaire, se trouvait un caillot œdémateux. Le caillot cardiaque offrait la même disposition que celui de la saignée.

Le poumon droit offrait trois abcès de la grosseur d'une petite fève dans le lobe inférieur, et aussi un noyau d'infarctus assez volumineux, de la grosseur d'une noix, entouré d'un cercle jaunâtre très léger. Autour d'un petit abcès, on observait une légère collerette rougeâtre. Le sommet présentait quelques adhérences et un petit noyau caséeux. A droite, le poumon était œdémateux au sommet et inégalement fourni d'air à la partie moyenne.

La rate était volumineuse.

Le foie était mou et présentait de petites taches jaunâtres et une ectasie biliaire manifeste.

Les reins étaient volumineux et très congestionnés. La capsule adhérait en quelques points, et si on enlevait du rein quelques parcelles de cette capsule, on remarquait que dans les points où l'adhérence était le plus prononcée, la substance rénale était plus tuméfiée, plus blanchâtre et d'aspect presque purulent.

Examen microscopique. — On a examiné au microscope la tumeur, et on y a trouvé des cellules épithéliales pavimenteuses. Cette tumeur avait envahi les ganglions sous-maxillaires, la glande même et la mâchoire.

Quelquefois facile à énucléer, la tumeur offre parfois des adhérences telles que sa dissection devient des plus laborieuses. Dans ces cas, presque toujours relatifs à des tumeurs volumineuses, on aurait tout avantage à suivre la méthode décrite par notre maître M. Péan,

sous le nom de *morcellement des tumeurs*, qui permet d'avancer avec sécurité des parties superficielles vers les parties profondes et de respecter les vaisseaux et nerfs de la région, beaucoup plus facilement que dans le procédé par énucléation. On aura une idée de la difficulté que présente ce procédé en lisant l'observation suivante, due à Larrey.

Observation XI. — *Squirrhe de la région sous-maxillaire.*

Moret (Nicolas), âgé de 40 ans, agriculteur, natif et habitant d'une commune voisine de Louviers, d'une constitution robuste, mais d'une idiosyncrasie scrofuleuse, présentait, au côté gauche du cou, une tumeur lobulée, peu mobile, indolente et sans changement de couleur à la peau, laquelle s'étendait de la région mastoïdienne, le long de la mâchoire, en remplissant toute la gouttière profonde du col jusqu'au larynx et formant au-devant de l'os maxillaire une saillie du volume des deux poings. Il y avait dix ans que cette tumeur s'était développée. Ce malade, après avoir inutilement subi plusieurs traitements, se rendit à Paris dans le cours de 1818 pour y consulter les plus habiles médecins. Leurs opinions, recueillies séparément, furent différentes. Les uns conseillaient l'extirpation de la tumeur, sans manifester le désir de la faire; d'autres l'avaient défendue comme dangereuse et mortelle; quelques-uns étaient restés indécis sur l'emploi des moyens indiqués.

Déchu de ses espérances, Moret s'éloigna de Paris, retourna dans ses foyers, en Normandie, profondément affligé de son état. Cependant le hasard lui fit rencontrer l'un de nos anciens militaires, amputé à l'épaule, qui l'engagea fortement à retourner à Paris pour y voir le chirurgien qui lui avait fait l'opération. Moret vint, en effet, consulter Larrey vers le milieu de novembre de la même année.

Après que ce chirurgien eut examiné la tumeur avec une scrupuleuse attention, il lui fut facile d'en déterminer le vrai

caractère et de prévoir les suites funestes qu'elle aurait si l'on n'en faisait promptement l'extirpation. Cette indication lui parut positive, et il était d'autant plus urgent de la remplir, que la maladie était parvenue au degré où la dégénérescence cancéreuse commence ordinairement.

Chaussier et Ribes, ayant été consultés à ce sujet, furent du même avis que Larrey.

Après avoir mûrement réfléchi sur la possibilité de l'opération et sur ses résultats, et après avoir reconnu, avec ces deux médecins éclairés, la nécessité et l'urgence d'extirper cette tumeur qui exerçait déjà une compression mécanique sur les principaux vaisseaux de la tête, sur le larynx, la trachée-artère, et mettait le malade dans le plus grand danger, il procéda à l'opération le 17 novembre 1818. Lacaze, chirurgien-major du 2e régiment des gardes suisses, Gimelle et Desruelles, chirurgiens aides-majors à l'hôpital de la Garde-Royale, l'assistèrent dans l'opération.

Le malade couché sur un lit exprès, il fit une incision parallèle au bord de la mâchoire et coupa d'abord les téguments qui recouvraient toute l'étendue de la tumeur, puis il fit trois autres incisions coupant à angle droit cette première; l'une suivant le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien jusqu'à la clavicule, la seconde le centre de la tumeur, et une troisième, plus petite, la ligne médiane du larynx. Les lambeaux résultant de ces incisions furent promptement détachés de la surface antérieure de la masse squirrheuse ; plusieurs artères, coupées dans ces incisions, furent liées successivement, et l'isolement de la tumeur fut continué dans les trois quarts de sa circonférence; des sillons profonds et celluleux la séparaient en plusieurs lobes de différentes grosseurs ; ce fut autant de routes que suivit le chirurgien pour arriver aux racines de ces tubercules; des incisions, ménagées sur les feuillets lamelleux de ces sillons, détachaient ces corps glanduleux dont on coupait facilement les enveloppes au moyen du bistouri boutonné.

La partie la plus épaisse et la plus saillante fut aussi bientôt déchatonnée. Son pédicule tenant à des gros vaisseaux, il y passa une ligature avant d'en faire la section.

L'extraction de ce groupe glanduleux qui embrassait le bord de la mâchoire, mit à découvert les autres tumeurs et facilita le reste de l'opération.

L'opération fut difficile, longue et laborieuse; plus de quinze artères furent divisées et liées, parmi lesquelles nous comptons la faciale, la sous-mentale, la sublinguale, etc. Plusieurs cordons nerveux du facial, de la paire vague, du lingual et de l'accessoire de Willis furent coupés.

La plaie lavée et abstergée, il en rapprocha les angles et les bords, et il les fixa au contact au moyen d'une vingtaine de points de suture, de bandelettes agglutinatives et d'un linge fenêtré enduit d'onguent styrax, qui couvrait toute la région opérée. De la charpie et un bandage approprié ont complété le pansement.

Le malade avait supporté l'opération avec le plus grand courage, bien qu'elle eût duré en tout cinquante minutes et qu'il ne fût pas endormi ; cependant, quelques moments après, il fut frappé d'une forte syncope suivie de frisson, d'un mouvement fébrile et nerveux, accidents passagers mais inévitables ; le calme le plus parfait succéda à cet orage, et, pour la première fois depuis longtemps, cet agriculteur goûta les bienfaits d'un sommeil paisible.

Les résultats de cette opération furent heureux. Les trois premiers jours se passèrent sans le moindre accident ; à peine y eut-il, dans la nuit du troisième au quatrième jour, un mouvement de fièvre traumatique. Le premier appareil fut levé le quatrième jour. Il était imbibé de sérosité purulente et sans une seule goutte de sang ; tous les points cousus de la plaie étaient déjà réunis, et, à l'exception des hiatus qu'on avait conservés pour y placer les ligatures et favoriser l'écoulement des fluides, toutes les incisions étaient presque entièrement cicatrisées.

Les ligatures sont tombées du neuvième au dixième jour, et peu de temps après, les bords de la plaie qui correspondaient au passage des ligatures étaient eux-mêmes réunis, en sorte que le malade s'est trouvé guéri le trente-unième jour de l'opération, et est reparti pour la Normandie le quarante-unième, avec tous les signes d'une parfaite santé.

Des difficultés d'une autre nature survinrent au cours de l'opération faite par Petrunti. Le malade, épileptique de naissance, entra dès le début de l'opération dans une sorte de fureur maniaque et l'on dut, pour terminer l'opération, le faire maintenir par six hommes, et même le lier et le garrotter. Il était dit que cette observation serait bizarre sous tous les rapports.

Observation XII. — *Encéphaloïde de la glande sous-maxillaire.*

Un jeune homme de 25 ans, épileptique dès son enfance, avait des accès très fréquents, et irréguliers. Il portait à l'angle de la mâchoire inférieure, une tumeur indolente, molle, sans changement de couleur à la peau. Les accès devenaient de plus en plus fréquents à mesure que la tumeur faisait des progrès. C'est dans cet état qu'il a été confié aux soins de M. Petrunti.

Lorsque je l'ai vu, dit ce chirurgien, la tumeur m'a offert le volume d'un œuf de poule. Cette tumeur était circonscrite et d'aspect malin. J'en ai conseillé l'extirpation dans le but d'en prévenir les suites fâcheuses et d'influencer heureusement l'affection nerveuse. Mais, comment opérer un épileptique dont les accès devenaient effrayants? J'ai tenu le malade en observation et je l'ai opéré dans un moment de calme. A peine le bistouri a-t-il fendu les téguments, que le malade, de calme et de demi-stupide qu'il était, tomba dans une sorte de fureur maniaque, indomptable. Six personnes ont pu à peine le retenir. Il a fallu employer les bandes et les cordes autour de son corps, de la glace sur la tête; malgré ces moyens, ses mouvements étaient tels qu'il était devenu impossible d'approcher le couteau de la tumeur. Comme le sang coulait en abondance par l'incision que je venais de faire, j'ai attendu quelques instants, et le malade a paru moins agité. J'ai continué l'énucléation de la tumeur avec un couteau d'ivoire, afin de ne rien léser. L'opération était délicate, car il fallait aller au-dessous et en arrière de l'angle de la mâchoire.

Enfin, je l'ai enlevée en partie avec cet instrument, en partie avec les doigts.

C'était une masse molle, spongieuse et encéphaloïde. La perte de sang a été énorme. Le malade est tombé dans une sorte d'affaiblissement soporeux. Il dormit pendant douze heures continues. Il se réveilla couvert de sueur. Il s'étonnait de se voir attaché avec des cordes et des bandes, d'être couvert de sang. Bientôt, le malade est resté taciturne pendant trois autres jours et avec une sorte de visage féroce ; puis après, il a offert une sorte de loquacité incohérente ; en attendant, la plaie est entrée en suppuration.

Dès ce moment, l'état du malade s'est amélioré et il a fini de guérir complètement et de sa plaie et de son épilepsie.

Aujourd'hui, quatrième année de son opération, le malade continue à jouir d'une excellente santé.

L'épilepsie n'a pas reparu et son intelligence a considérablement gagné. J'avais craint la repullulation de la tumeur, car elle n'avait pu être complètement ébarbée; néanmoins rien n'a reparu, si ce n'est un petit ganglion derrière l'oreille, et qui ne fait pas de progrès. Seulement, l'ouïe est un peu dure de ce côté.

La réunion de la plaie a été faite toutes les fois qu'elle a été possible. Nous signalerons deux observations qui montrent les bons résultats que l'on peut obtenir grâce à la méthode antiseptique : celle de Gross (obs. VII) où la réunion était complète le dixième jour, et l'obs. suivante, communiquée par M. Terrillon, où la plaie était complètement réunie dès le neuvième jour, sans avoir donné une goutte de pus.

Observation XIII (inédite). — *Sarcome de la région sous-maxillaire. — Ablation. — Guérison.*

Chable Marie, âgée de 54 ans, corsetière, entre le 9 novembre 1886, salle Lallemant, n° 9, à la Salpêtrière, dans le service

de M. le Dr Terrillon. Pas d'antécédents héréditaires. Père mort d'une pneumonie, mère morte à la suite de couches. Mariée depuis 33 ans. A eu 4 enfants dont le plus âgé a 30 ans. Dans son enfance, la malade a eu la gourme, et à 10 ans la petite vérole et une pleurésie. Est sujette à s'enrhumer ; il y a deux ans, a eu une bronchite qui a duré six semaines.

Il y a deux mois, la malade était en bonne santé lorsque, vers le 4 septembre, elle observa une petite grosseur du volume d'un haricot, indolente, très dure, roulant sous le doigt, située vers le rebord inférieur de la mâchoire, dans la fossette sous-maxillaire. En un mois, la tumeur a acquis le volume d'un œuf de poule. Au dire de la malade, elle augmentait ou diminuait suivant les jours. Elle ne déterminait d'ailleurs aucune gêne de la déglutition ou de la mastication. Premier traitement : pommade à l'iodure de potassium.

État actuel. — La malade présente, dans la région sus-hyoïdienne latérale gauche, une tumeur saillante, bosselée, recouverte d'une peau un peu rouge, s'étendant de deux travers de doigt en dehors de la symphyse du menton, au bord antérieur du sterno-mastoïdien ; elle dépasse légèrement l'angle de la mâchoire et s'engage sous le bord inférieur de la mâchoire, sans empiéter sur la cavité buccale. D'une dureté considérable, elle est indolore à la pression. Elle ne semble pas se continuer directement avec l'os et possède une certaine mobilité qui disparaît presque complètement, lorsque la malade contracte ses muscles masticateurs.

État général excellent, malgré un amaigrissement sensible.

Opération le 13 novembre 1886. Chloroforme. Incision. Courbe, au niveau de la partie saillante de la tumeur, de 15 centim. de longueur au moins. La peau incisée, on aperçoit une masse vasculaire, adhérente aux tissus voisins et au bord inférieur de la mâchoire, dont elle est séparée au moyen de la rugine mousse. Elle est disséquée à l'aide des ciseaux. L'artère faciale doit être sectionnée et liée. L'aponévrose du masséter et quelques fibres de ce muscle s'en vont avec la tumeur, qui a le volume d'un gros œuf de poule. Quelques par-

celles restantes de la tumeur sont enlevées avec la pince. On découvre alors le fond de la région, protégé par l'aponévrose de la loge, sous laquelle on voit battre la carotide externe. Plusieurs ligatures au catgut. Sutures au catgut. Un drain au point déclive. Pansement de Lister; ouate.

15 *novembre.* — Premier pansement. Plaie en excellent état. Le premier soir, la température est montée à 38°. Depuis, elle s'est abaissée à 37°4.

18 *novembre.* — Deuxième pansement. Érythème phéniqué. Le drain est retiré.

22. — Troisième pansement. Réunion complète de la plaie.

26. — Sortie de la malade.

La tumeur, examinée au microscope au laboratoire du Collège de France, par M. le Dr Chaslin, était constituée par un sarcome à petites cellules.

Une particularité intéressante a été observée, le même jour de l'opération, chez le malade de Scheaf : à savoir l'existence d'une sialorrhée très abondante qui ne dura qu'un jour. Y a-t-il eu, comme le suppose Scheaf, une irritation par action réflexe des autres glandes salivaires? Ce cas est à rapprocher de celui de Rengrueber (obs. III), dont le malade était tourmenté par une envie continuelle de cracher, qui disparut, au contraire, après l'opération.

Observation XIV. — *Extirpation de la glande sous-maxillaire.*

Le sieur J..., M..., âgé de 50 ans, épicier, d'un tempérament lymphatique, mais d'une bonne santé, me consulta pour une grosseur située sur le côté droit du cou, au-dessous de la mâchoire, cette tumeur, d'abord grattée par une vieille femme qui jouit d'une certaine réputation chirurgicale, avait été également cauterisée au galvano-cautère par un char-

latan. Elle existait depuis deux ans, n'était pas douloureuse, augmentait lentement et conservait sa mobilité.

Le 23 mars 1877, j'en pratiquai l'ablation dans un nuage d'acide phénique pulvérisé, en faisant une incision linéaire, parallèle au bord inférieur du maxillaire inférieur. L'aponévrose fut saisie par une pince et suffisamment incisée pour permettre l'introduction d'un conducteur mousse entre la tumeur et la glande. La surface de la glande était unie, mesurant deux pouces trois quarts dans son grand axe, et un peu plus d'un pouce dans son petit axe ; son volume était à peu près celui d'une pomme de terre. Elle fut facilement énucléée avec un doigt et l'ongle du pouce.

La petite hémorragie qui suivit l'opération fut facilement arrêtée par la compression d'une éponge. La cavité fut alors remplie partiellement avec du catgut antiseptique, coupé de façon à former un gâteau qui devait, dans la suite, s'organiser et combler le vide après la cicatrisation. Les bords de la plaie furent suturés au catgut et elle fut pansée avec la gaze et la protective.

Il n'y eut ni élévation de température, ni changement dans l'appétit ou le sommeil dans les suites opératoires. Seulement, le second jour, il y eut une salivation très abondante, le troisième jour, ce symptôme avait disparu. La plaie fut complètement cicatrisée en peu de jours, laissant une cicatrice linéaire d'un bleu pâle. La portion de catgut, enfouie dans les tissus vivants, avait été résorbée et les deux bouts restés libres tombèrent dans le pansement.

La tumeur fut examinée par M. Knowsby Thornton qui déclara que c'était un lympho-sarcome.

La seule explication de la salivation du second jour après l'opération est celle-ci : à savoir que l'irritation, portée sur le grand sympathique et les nerfs en rapport avec le ganglion sous-maxillaire, a pu causer, par action réflexe, une sécrétion exagérés des autres glandes salivaires.

Les résultats opératoires ont été généralement bons. Cependant M. Verneuil a perdu ses deux malades d'in-

fection purulente, l'un, trois jours, l'autre, plus d'un mois et demi après l'opération. La malade de Griffini et Trombetta succomba, au bout de quarante-huit heures, dans le collapsus. Tous les autres opérés sont sortis guéris de l'hôpital. Deux seulement ont été revus deux ans et demi et quatre ans après l'opération : la tumeur ne s'était pas reproduite.

CONCLUSIONS

1° Le cancer peut se montrer primitivement dans les trois glandes salivaires;

2° Le cancer de la glande sous-maxillaire forme, avec l'adénome et l'adéno-chondrome, le groupe des tumeurs solides de cette glande;

3° Il offre, avec le cancer des autres glandes salivaires, des différences anatomiques et symptomatiques :

a) — Représenté uniquement par l'épithélioma dans la sublinguale, et presque toujours par le sarcome dans la parotide, le cancer de la sous-maxillaire s'y montre sous la forme de sarcome, de carcinome et d'épithélioma avec une fréquence sensiblement égale.

b) — Toujours simple dans la sublinguale, le cancer est presque toujours complexe, mixte, dans la parotide.

Dans la sous-maxillaire, la pureté du cancer est la règle, la complexité, l'exception. Dans ce dernier cas, l'élément surajouté est le tissu cartilagineux.

c) Il n'a pas de symptômes qui lui appartiennent.

Dans la moitié des cas, ses symptômes et sa marche sont ceux d'une tumeur bénigne.

d) — La généralisation est exceptionnelle; elle a été observée dans un cas de chondro-sarcome et s'est faite aux dépens des deux éléments constituants de la tumeur.

4o Le diagnostic est des plus délicats : il est souvent très difficile et quelquefois impossible de reconnaître le siège glandulaire et la nature maligne de la tumeur;

5o Le pronostic est beaucoup moins grave que celui du cancer des autres glandes salivaires. Il est plus grave dans le sarcome et le carcinome que dans l'épithélioma;

6o Exceptionnellement inopérable, le cancer de la sous-maxillaire ne paraît pas avoir de tendance à la récidive.

BIBLIOGRAPHIE

Boyer. — Traité des maladies chirurgicales. T. VI, p. 211.

Larrey. — Cliniques chirurgicales du Val-de-Grâce. T. II, p. 91 et suiv.

Velpeau. — Nouveaux éléments de médecine opératoire. T. III, p. 561.

Petrunti. — *Gazette médicale*, 1839. P. 122 et 123.

Gluge. — Atlas der Pathologische Histologie. P. 58.

Jobert (de Lamballe). — *Gazette des hôpitaux*, 1849. P. 18.

Talazac. — Des tumeurs de la glande sous-maxillaire (Th. de doct. Paris, 1869).

Bouhebeu. — De l'extirpation de la glande et des ganglions sous-maxillaires (Th. de doct. Paris 1873).

Scheaf. — *Lancet*, 1877. I, p. 864.

Delorme. — Art. *Salivaires* du nouveau dictionnaire de méd. et de chir. prat. T. XXXII, p. 226. Paris, 1882.

Griffini et Trombetta. — Condro-carcinoma primitivo della ghiandola sottomascellare *(Arc. por la Sc. Med.* 1883. T. VII, fasc. 1, p. 71 et suiv.

Rengrueber. — Tumeur de la glande sous-maxillaire (*Courrier médical.* 1884. p. 435.

Pérochaud. — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires (Th. de doct. Paris, 1885).

Gross et Vautrain. — Chondro-sarcome de la glande sous maxillaire. Extirpation. Guérison (*Revue médicale de l'Est.* Nancy, 1886. T. XVIII, p. 51.)

Consulter les classiques : Cornil et Ranvier, Jamain et Terrier, Follin et Duplay, Richet, Tillau, Nélaton, Kirmisson, etc.

TABLE DES MATIÈRES

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu par le Président de thèse,
Bon pour imprimer, FOURNIER.
Paris, le 1888.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Le Mans. — Typ. ED. MONNOYER.